

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

SYNDROM VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ V ZAŘÍZENÍCH PRO SENIORY
THE BURNOUT SYNDROME OF SOCIAL WORKERS IN INSTITUTIONS
FOR ELDERLY

Vedoucí práce:
PhDr. Ivana Nováková

Praha 2014

Autor:
Bc. Štěpánka Šebková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně, výhradně s použitím citovaných zdrojů. Souhlasím se zapůjčením práce a jejím zveřejňováním.

V Praze dne 20. 6. 2014

Štěpánka Šebková

Poděkování

Děkuji PhDr. Ivaně Novákové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi během zpracovávání diplomové práce poskytla. Své poděkování za čas a podnětný rozhovor věnuji též Mgr. Martě Jeklové a také všem respondentům při spolupráci na dotazníkovém šetření.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na problematiku syndromu vyhoření a supervize, jakožto formy jeho prevence. Téma je zaměřeno na pracovníky, kteří se věnují seniorům trpícím demencí v zařízeních denního stacionáře. Práce je dělena na dvě části. Teoretická část je věnována vymezení základních pojmů týkajících se syndromu vyhoření, demence, denního stacionáře a supervize. Výsledky praktické části vychází z výzkumných metod, konkrétně vlastního dotazníku, a již vypracovaného dotazníku Ch. Maslachové a Ayali Pinesové „Tedium Measure“. Diplomovou práci jsem dále rozšířila o rozhovor s vybraným odborníkem. Formou otevřených otázek se dotýkám oblasti supervize a syndromu vyhoření z praktického pohledu a zkušeností. Základním cílem práce je přispět k prevenci syndromu vyhoření, a také zmapovat, zda je supervize v zařízeních denního stacionáře využívána a přispívá k předcházení syndromu vyhoření.

Annotation

This thesis is focused on the issues of burnout syndrome and supervision as a form of prevention. The topic is focused on staff dedicated to the seniors with dementia in day-care centers. The thesis is divided into two parts. The theoretical part is devoted to the definition of basic terms related to burnout syndrome, dementia, daily care center and supervision. Results in the practical part come from the research methods used, specifically self-prepared questionnaire and questionnaire prepared by Ch. Maslachová and Ayala Pines "Tedium Measure". Furthermore I expanded the thesis with interview with selected expert. Using open questions the area of supervision and burnout syndrome is being discussed. The primary target of this thesis is to contribute to the prevention of burnout syndrome and also to map, whether supervision is being used in day-care facilities and whether it helps preventing the burnout syndrome.

Klíčová slova

syndrom vyhoření, pomáhající profese, demence, denní stacionář, stres, supervize

Keywords

burn-out syndrome, helping professions, dementia, daily care center, stress, supervision

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 CHARAKTERISTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	10
1.1 VÝSKYT SYNDROMU VYHOŘENÍ	11
1.2 FÁZE VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ	12
1.3 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	14
1.4 PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	16
1.5 DŮSLEDKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	18
2 STRES A JEHO VYMEZENÍ	20
2.1 DŮSLEDKY STRESU	22
3 DEMENCE	23
3.1 VZNIK DEMENCE	23
3.2 PŘÍČINY DEMENCE	24
3.3 PŘÍZNAKY DEMENCE	25
3.4 DŮSLEDKY DEMENCE	26
3.5 VÝSKYT DEMENCE	27
4 DENNÍ STACIONÁŘ	28
4.1 ZÁKLADNÍ SLUŽBY DANÉ ZÁKONEM	28
4.2 ZÁKLADNÍ SLUŽBY V KONKRÉTNÍCH ZAŘÍZENÍCH	29
5 POMÁHAJÍCÍ PROFESE	33
5.1 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY	33
5.2 VZDĚLÁNÍ.....	34
5.3 KOMPETENCE A JEJICH CHARAKTERISTIKA.....	35
6 SUPERVIZE.....	36
6.1 TYPY A FUNKCE SUPERVIZE.....	38
6.2 CÍL SUPERVIZE	41
7 PREVENCE A ZVLÁDÁNÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	43
PRAKTICKÁ ČÁST	46
8 POPIS A STRUKTURA VÝZKUMNÝCH METOD	46
8.1 HYPOTÉZY	46
8.2 CÍLE VÝZKUMU	46
8.3 METODY SBĚRU DAT	46
8.4 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	47
8.5 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKU	48
8.6 STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR S VYBRANÝM ODBORNÍKEM.....	68
ZÁVĚR.....	73
LITERATURA	74
SEZNAM PŘÍLOH	78
RESUMÉ.....	79

Seznam zkratek

ÚZIS Ústav zdravotních informací a statistiky

WHO Světová zdravotnická organizace

VFN Všeobecná fakultní nemocnice

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

ÚVOD

Začnu jakýmsi zamyšlením. V dnešní uspěchané době je velmi těžké se zastavit a reflektovat skutečnosti, které se udály. Jen málokdy se nám podaří zhodnotit zážitky jak z rodinného, tak především z pracovního prostředí a říci si, co se nám povedlo či naopak. Myslím si, že jeden z aspektů vzniku syndromu vyhoření, který budu rozebírat ve své práci, je právě velmi rychlý a stresový styl života. Dnešní člověk se potýká s mnohými životními zkouškami. Na prvním místě stojí výkon a úspěch i proto si jen málokdy uvědomíme pomíjivost našeho života a omezenou kapacitu našich fyzických a psychických sil. Často se tak děje až ve chvíli krize.

Někdo by mohl namítnout, že v tak mladém věku a před koncem studia je předčasné zabývat se právě tímto nepříliš populárním pojmem, jako je syndrom vyhoření. Já ho ale v kontextu dnešní doby a s ohledem do budoucího profesního života vnímám jako velmi podstatný.

K výběru tohoto tématu mě dovedla má práce. Čtyři roky jsem pracovala jako sociální pracovníce v denním stacionáři pro seniory. Pokud tuto profesi chce člověk vykonávat zodpovědně a dlouho, je nutné pracovat na budování zdravého vnitřního života. Především v pomáhajících profesích je dnes tato problematika pomalu vyzdvihována, neboť právě sociální pracovníky postihuje velmi čteně.

Svou práci koncipuji do dvou částí, teoretické a praktické.

Jak již z úvodních slov vyplývá, v první z nich se budu věnovat samotnému vymezení pojmu syndrom vyhoření. Dále rozvedu jeho příčiny, projevy, formy, fáze a důsledky. Tuto problematiku spojím s konkrétní oblastí, a to péčí o seniory z důvodu ztráty soběstačnosti. Příčinou její ztráty či omezení je různý. Často je způsobena počínající či již rozvinutou demencí, proto i jednu z kapitol budu věnovat právě problematice demence ve stáří. Zvolila jsem specifickou formu péče, v zařízení ambulantního typu, konkrétně denního stacionáře. Další velmi důležitou kapitolu zaměřím na supervizi jakožto nástroj prevence vyhoření. Supervize se stala součástí kritérií standardů kvality sociálních služeb. Zajímá mne, jak je toto kritérium naplňováno v praxi.

Ve druhé části práce bude mou snahou zmapovat nazírání na možnosti prevence syndromu vyhoření především z pohledu toho, jak je v zařízeních prováděna supervize.

Syndrom vyhoření není jen moderním pojmem, ale je to nebezpečí, které může postihnout každého člověka. Nemůžeme si říci, že je to téma, které se nás vůbec netýká, ba naopak. Pokud o syndromu vyhoření budeme komplexně vědět, můžeme se lépe připravit,

stanovit si hranice, oddělit pracovní a soukromý život. Práce se nám nestane rutinou, ale především budeme růst jako osobnosti. Tím chráníme nejenom sebe a svou autonomii, ale především své okolí z řad klientů či rodinných příslušníků. Zda se mi tato slova potvrdí, ukáže i vyhodnocení výsledků dotazníků.

V rámci šetření se budu snažit zjistit, zda jsou lidé hlásící se k náboženskému vyznání více odolní vůči vzniku syndromu vyhoření. Zajímá mne, zda víra v Boha může být formou prevence vyhoření.

Svou práci jsem dále obohatila o další metodu výzkumu, a tím je strukturovaný rozhovor. Měla jsem tu čest spolupracovat s Mgr. Martou Jeklovou. Otázky jsem směřovala na problematiku supervize, jakožto nástroj prevence syndromu vyhoření. Snahou bylo poukázat na prolínání teorie s praxí.

Věřím, že má práce bude přínosem pro všechny profese, nejen pracovníky v sociálních službách. Chci v ní zohlednit nejen své poznatky z praxe, ale především zkušenosti od oborníků a z řad kolegů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ

„Naděje je schopnost být dobré mysli i v situacích, jež vypadají beznadějně.“

(G. K. Chesterton)

Syndrom vyhoření či vyhasnutí, je v anglické verzi nazýván „burn-out syndrome“. Jak víme, „syndrom“ označuje soubor příznaků. Pod pojmem „burn“ nalezneme v překladu slovo „hořet“, s příponou „out“ hovoříme o „vyhasnutí, vypálení či vyhoření“. *„Tento jev byl poprvé identifikován během osmdesátých let 20. století. Použil jej psycholog Herbert J. Freudenberger ve svém díle: Burn-out: The Cost of High Achievement v roce 1974.“*¹ Pojem byl nejprve definován především v souvislosti se závislostmi na alkoholu či jiných drogách, pro něž je typická především ztráta zájmu o vše vyjma samotné drogy. Je však mylné se domnívat, že je burn-out syndrom výdobytkem dnešní civilizace, neboť je znám již odnepaměti.

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že dle Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom vyhoření zařazen mezi doplňkové kategorie diagnóz a není tedy považován za nemoc. V praktické rovině to znamená, že není pacientům hrazena léčba ze zdravotního pojištění.

O tématu syndromu vyhoření bylo napsáno již mnoho publikací. Každý z autorů pojímá definici z různých hledisek, proto si dovoluji nastínit více pohledů na tuto problematiku.

1. definice – *„Vyhoření je ztráta motivace způsobená pocitem bezmocnosti.“*²
2. definice – *„Syndrom vyhoření je stav naprosté vyčerpanosti a neschopnosti pokračovat dál v původní profesi nebo činnosti související s mezilidským kontaktem.“*³
3. definice – *“Jedná se o vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka.“*⁴
4. definice – *„Syndrom vyhoření je soubor typických příznaků, které se objevují u pracovníků pomáhajících profesí jako důsledek nezvládnutého pracovního stresu.“*⁵

¹ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 6.

² VOKÁČOVÁ, B. *Prevence syndromu vyhoření*. Praha: Vzdělávací agentura Edupol, 2011, s. 2.

³ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 7.

⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998, s. 11.

⁵ VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009.

5. Definice – „*Syndrom vyprahlosti popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie a smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání.*“⁶

Jak vidíme, popisů tohoto syndromu je opravdu mnoho. Všechny tyto definice poukazují na nutnou rovnováhu psychických a fyzických sil každého jedince, která je tímto problémem narušena.

1.1 Výskyt syndromu vyhoření

V úvodní kapitole jsme byli seznámeni s tím, že tento jev se netýká pouze „okrajových“ skupin obyvatel. Navzdory snaze uvést zde statistiky, které by poukázaly na četnost výskytu syndromu vyhoření, se bohužel po komunikaci s mnohými úřady (Státní zdravotní ústav, Český statistický úřad a další) k žádnému závěru dojít nepodařilo. S určitostí však můžeme konstatovat, že tento stav je markantní. Dnešní doba nám sice dopřává mnohé vymoženky a techniku, avšak přináší s sebou na druhé straně důraz na výkon.

Není jednoduché stanovit, která z profesí je více či méně chráněna před vyhasnutím. Na základě literatury lze uvést seznam těch povolání, která k syndromu vyhoření směřují pravděpodobně nejvíce.

Zde uvádím soubor profesí, které v sobě nesou výrazná rizika vzniku burn-out syndromu:⁷

- lékaři,
- zdravotní sestry,
- další zdravotničtí pracovníci,
- psychologové a psychoterapeuti,
- sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech,
- učitelé na všech stupních škol,
- pracovníci pošt všeho druhu,
- dispečeri,
- policisté,

⁶ VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011, s. 23.

⁷ KEBZA, V. ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003, s. 8.

- právníci,
- pracovníci věznic,
- profesionální funkcionáři,
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy,
- příslušníci ozbrojených sil,
- duchovní a řádové sestry,
- nezaměstnaní.

Roli při vzniku syndromu vyhoření hrají různorodé příčiny, které budou rozebírány v následujících kapitolách.

1.2 Fáze vzniku syndromu vyhoření

Tak jako nemoc, ani syndrom vyhoření nepřichází „z čistého nebe.“ Je utvářen postupnými destruktivními změnami v mnoha oblastech našeho života. V publikacích věnovaných této problematice se setkáváme s rozčleněním do jednotlivých etap, rovněž jejich charakteristikami. V popisu jednotlivých fází se budeme držet učebnice prof. Vrtiškové:⁸

1. stádium – nadšení

Toto stádium je typické především nadměrnou motivací a pozitivizmem. Začínající pracovník přichází do zaměstnání opojen myšlenkami na úspěch a smysluplností své činnosti. Má množství energie a nerealistického očekávání. Nepřipouští si hranice svých fyzických ani psychických sil. Svou energii vynakládá nesystematicky. Může se stát, že se nadměrně ztotožní se svou prací a s klienty, což může vést až k jeho postupné izolaci od okolního světa. Vždy je potřebné vnímat jedince jako individualitu, neboť co jednoho přetěžuje, může druhého posilovat.

2. stádium – stagnace

K tomuto stádiu neodmyslitelně patří tzv. „střet s realitou“. Pracovník je seznámen s rutinním denním schématem. Zažil během své praxe již nějaká zklamání. Postupně ztrácí idealismus ve své profesi. To co pro něj bylo na začátku vzrušující a nové postupně opadá. Mohou se objevit první trhliny v rodinném životě. Nicméně zde ještě nejsou patrné známky onemocnění.

⁸ VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009.

3. stádium – frustrace

Pracovník zjišťuje, že jeho možnosti jsou omezené. Dostává se do stavu, kdy zvažuje smysluplnost svého snažení. Přichází pocity bezmocnosti a pochyb. Narůstá pocit zklamání z konfliktu toho, co by chtěl, a toho, co lze reálně provést.

4. stádium – apatie

Zde se sociální pracovník setkává s obrannou reakcí na frustraci, kterou je vnitřní rezignace. Může být přidruženo i zoufalství. Práce se mu stává trvalým zdrojem zklamání. Daný jedinec nevidí žádné vyhlídky na změnu a dostává se do začarovaného kruhu.

5. stádium – intervence

Stádium intervence je procesem práce sociálního pracovníka na sobě samém. Cílem pracovníka je přehodnotit svůj postoj a tužby. Změnit svůj vztah k práci, spolupracovníkům a přátelům. Musí si vymezit více času na soukromý život či na změnu povolání. Jde v podstatě o jakýkoli krok, který vede k přerušení cyklu zklamání.

Výše popsaná stádia mají pouze poukázat na cestu vzniku syndromu vyhoření. Není zde možné postihnout všechny aspekty. Každý jedinec prožívá danou věc odlišně, proto i tato vymezení nemusí uspokojit všechny.

V knize M. Venglářové, odkazující na logoterapeuta Alfreda Laenglea, je jiné členění postupného vzniku syndromu vyhoření. Přináší jím další rozměr do vývoje samotného prožívání syndromu vyhoření.⁹

1. fáze - Nadšení, smysluplnost, jasný cíl práce.
2. fáze - Smysl se ztrácí, člověk pracuje „za něco.“
3. fáze - Život v popeli:
 - ztráta úcty k druhým,
 - ztráta úcty k vlastnímu životu, propad do života beze smyslu.

⁹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2009, s. 80.

1.3 Příznaky syndromu vyhoření

Tato podkapitola má za úkol nastínit příznaky syndromu vyhoření. Z několika úhlů pohledu by měla poskytnout škálu informací, na základě kterých je možné tyto aspekty reflektovat, vyhnout se jim nebo je alespoň minimalizovat.

Škála příznaků dle Freudenbergera:¹⁰

- vyčerpání,
- odcizení a izolace,
- prázdnota a cynismus,
- netrpělivost a vznětlivost,
- dojem mimořádných schopností,
- nedůvěra,
- paranoia,
- ztráta cílevědomosti,
- psychosomatické jevy a jejich psychické a fyzické projevy,
- deprese.

Dané příznaky jsou pouze nástinem možností, jak lze případně syndrom vyhoření rozpoznat a rychleji pracovat na stabilizaci. Každý člověk jistě v životě zažil některé z daných příznaků a přesto je svébytnou osobností bez zkušenosti s vyhořením. To zda se syndrom rozvine ve stav vyhasnutí, je totiž otázkou mnoha aspektů.

V. Kebza poukazuje na další důležitý fakt. Vyhoření je **součástí** pomáhající profese. Záleží na tom, zda propukne, nebo se jej pracovníkům podaří zvládnout, a to buď prostřednictvím vlastních sil, či úpravou vnějších podmínek.

Další nedílnou součástí, která by zde měla být uvedena, je pojem „syndrom pomahače“ – člověka, který se prostřednictvím pomáhání druhým snaží zakrýt a odvrátit vlastní emocionální bezmoc.¹¹

¹⁰ MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012.

¹¹ MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. (In W. Schmidbauer), Praha: Portál, 2008, s. 59

V. Kebza a I. Šolcová rozčleňují příznaky syndromu vyhoření do tří kategorií: ¹²

1. kategorie – psychická

Postupem času v pozici sociálního pracovníka roste v člověku stále větší pocit, že jeho vynaložené úsilí trvá příliš dlouho. Výdej jeho energie je nadměrný a efektivita nepatrná. Přichází pocit duševního, emocionálního vyčerpání či ztráta motivace, která se může překlomit až k celkovému utlumení a snížení emocionality. Může dojít k poklesu kreativity, iniciativy a invence. Velmi četně se objevuje sebelítost. Převládá pocit malého uznání.

2. kategorie – fyzická

V rovině fyzické dochází ke změnám, jako jsou poruchy spánku, bolesti hlavy či svalů, převládá tenze. Jedinec je velmi náchylný ke vzniku závislosti všeho druhu.

3. kategorie – sociální

Syndrom vyhoření narušuje síť sociálních vztahů. Snižuje se potřeba stýkat se s kolegy a s lidmi, kteří mají vztah k profesi. Narůstají konflikty v pracovním týmu, v rodině nebo i v běžných mezilidských situacích. Člověk postupně ztrácí schopnost empatie.

Rozvrstvení příznaků, které nám nabídli výše zmínění autoři je obsáhlé, přesto je doplníme ještě o jeden rozměr. Dle metodiky vypracované Centrem sociálních služeb Praha chceme zdůraznit emocionální příznaky, jimiž jsou: ¹³

- plačtivost,
- podezřavost,
- vztahovačnost,
- záchvaty hněvu.

¹² KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003, s. 9- 11.

¹³ FRANCOVÁ, H. a kol. *Metodika na udržení získaných schopností pracovníků přímé obslužné péče a základní výchovné nepedagogické činnosti*. Praha: Macrom, 2008.

1.4 Příčiny syndromu vyhoření

„Život je nejlepší učitel, i když se za jeho lekce někdy platí.“¹⁴

Jak citát v úvodu této podkapitoly uvádí, život je naším učitelem. Je pravdou, že na spousty věcí našeho života se můžeme připravit. I problematika příčin syndromu vyhoření by měla vycházet nejen z informací, které jsou teoreticky zakotvené, ale také prakticky žité.

Autorky Marta Jeklová a Eva Reitmayerová ve své knize shrnují cesty, které směřují k syndromu vyhoření. Jsou jimi:¹⁵

- ztráta ideálů,
- workoholismus,
- teror příležitostí,
- neschopnost říci „NE“,
- vysoké nároky,
- příliš mnoho cílů,
- dávání velké emocionální podpory.

Kromě těchto obecných osobních příčin můžeme rozlišovat další specifitější faktory vzniku tohoto syndromu, mezi které patří:¹⁶

zaměstnání a organizace práce – nedostatek ocenění, příliš náročné pracovní podmínky, dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek atd.,

rodina – špatné finanční a bytové podmínky či partnerské problémy a konflikty,

společnost – její soutěživý charakter, falešný obraz úspěchu, tempo naší společnosti a snaha nebýt pozadu za ostatními.

K faktorů zaměstnání a organizaci práce bychom se měli ještě jednou navrátit. Právě tato část patří k nejrizikovějším pro rozvoj syndromu vyhoření.

¹⁴ KODET, V. *Malá poselství*. Stolní kalendář, Kostelní Vydří, 2010.

¹⁵ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 14-15.

¹⁶ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006 s. 16.

O. Matoušek ve své knize upozorňuje na to, že: ¹⁷

je opomíjeno zaškolení nových zaměstnanců ze strany zkušenějších a starších pracovníků. Oproti tomu dochází k nadměrné kontrole zaměstnanců a chybí plán osobního rozvoje. Za velmi ohrožující může být vnímána soupeřivá atmosféra na pracovišti.

Ve své knize „Problematické situace v péči o seniory“ nastiňuje Martina Venglářová osobnostní rysy, které mohou vyústit v syndrom vyhoření. Hovoří o: ¹⁸

- velkých očekávání na sebe sama,
- osobním problému přijmout pomoc od druhých,
- projevujících se vlivem rodinné a profesní výchovy.

Příčiny syndromu vyhoření nejsou jen na bázi osobní, avšak poukazují dle slov CH. Maslachové rovněž na bázi systémovou. Vyhořelého jedince můžeme tudíž považovat za konkrétní signál nefungující organizace.

V elektronickém časopise „Psychologie“ je uveden další z důležitých aspektů, které působí na vznik syndromu vyhoření. Ke klíčovým vnitřním faktorům patří působení chronického strachu. K vnějším faktorům řadíme především systém sociálních vztahů a vazeb. ¹⁹

Zásadní příčinou syndromu vyhoření je narušený vztah klienta/uživatele služby a pracovníka, který by měl být založen na rovném přístupu, vzájemném respektu a podpoře svobodné vůle klienta v rámci jeho rozhodnutí. Vždy musí být však dbáno na bezpečnost a zdraví klienta/uživatele případně dalších osob. ²⁰

Kvalitní práce v oblasti pomáhající profese, je vymezena hranicemi na různých úrovních. Jejich špatné či nedostatečné určení může mít pro činnost profese negativní následky. Karel Kopřiva definuje hranice takto: „*Hranicí ve vztahu mezi dvěma lidmi zde míníme dělítko, které určuje, co je záležitostí mou a co je záležitostí druhého.*“ ²¹

¹⁷ MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008, s. 57

¹⁸ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007, s. 82.

¹⁹ KUPKA, M. *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření*. [online] cit. 20. 2. 2013, dostupné na: <<http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>>.

²⁰ FRANCOVÁ, H. a kol. *Metodika na udržení získaných schopností pracovníků přímé obslužné péče a základní výchovně nepedagogické činnosti*. Praha: Macrom, 2008.

²¹ KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006, s. 152.

Pro upřesnění zde uvedu jejich základní rozdělení: ²²

1. vlastní hranice

Společnost nás odnepaměti učí pomáhat starším. Tužba pomáhat je dána člověku přirozeně. Může se stát, že pracovník nemusí odhadnout své možnosti na poli toho, co je schopen dokázat, vydržet či na sebe převzít, aniž by bral odpovědnost a soběstačnost toho druhého. Proto je důležité si stále uvědomovat a stanovovat vlastní hranice vůči klientům nebo osobám blízkým.

2. hranice klienta

Tato hranice souvisí s tím, jaké cílové skupině se sociální pracovník věnuje. Pokud poukážeme na problematiku seniorů, může se v některých případech zdát, že podceníme samotné hranice uživatele. Tedy toho, co může sám uživatel dokázat, změnit, v daném čase se naučit. Jakou potřebuje nezbytnou pomoc. Je podstatné mít na zřeteli individualitu každého člověka. Vnímat práci jako „chůzi vedle sebe.“

3. hranice celého týmu

Aby práce mohla fungovat, je zapotřebí znát jasně svou náplň práce. Vědět, jaké má příslušná pozice kompetence. Za co zaměstnanec zodpovídá. Pro kvalitně odvedenou práci je nezbytné si uvědomovat reálné možnosti pomoci, podpory a změny.

Ani toto vymezení hranic není striktní. Jako samotný život, tak i hranice jsou mnohotvárné a stále je možné je utvářet.

1.5 Důsledky syndromu vyhoření

„Rány duše se hojí mnohem hůře než rány těla.“ ²³

Předchozí kapitoly nastínily mnohé náležitosti vzniku a vývoje syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření narušuje bio-psycho-sociální rovnováhu jedince. Důsledky samotné vyplývají také z toho, jak k dané situaci, která směřuje k vyhoření, jedinec přistupuje. Jedná se například o potlačení problému, regresi, atd. ²⁴

²² HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999, 165 s.

²³ KODET, V. *Malá poselství*. Stolní kalendář, Kostelní Vydří, 2011.

²⁴ FRANCOVÁ, H. a kol. *Metodika na udržení získaných schopností pracovníků přímé obslužné péče a základní výchovné nepedagogické činnosti*. Praha: Macrom, 2008.

Projevy syndromu jsou velmi individuální, obecně k nim řadíme:²⁵

- neangažovaný vztah ke klientům, snaha vyhýbat se delším a intenzivním kontaktům s nimi,
- lpění na zavedených a stálých postupech, ztráta citlivosti pro potřeby klientů, ztráta tvořivého přístupu k práci,
- práci je věnováno nutné minimum energie, pracovník se více angažuje v mimopracovních aktivitách,
- preference administrativní činnosti před kontaktem s klienty,
- důraz na služební pozici, pracovní postup, výhody,
- v úvahách o účinnosti převládá skepse,
- časté pracovní neschopnosti, náhradní volno,
- omezování komunikace s kolegy, někdy i konflikty s nimi,
- pocity depersonalizace, vyčerpání,
- někdy i zneužívání klientů.

²⁵ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003, s. 15-16.

2 STRES A JEHO VYMEZENÍ

„Trpělivost je schopnost pokojně kráčet životem, i když v něm není všechno ideální.“²⁶

Proč je tato kapitola diplomové práce věnována problematice stresu? Naše civilizace je směřována k výkonu, a s tím je spojen i stres. Stres je v našem životě jeho podstatnou součástí, ale musí být v přiměřené míře. Nadměrný stres je jednou z příčin vyhoření.

Za zakladatele tohoto termínu je považován Hans Selye, kanadský endokrinolog. K jeho nejznámějšímu dílu řadíme knihu „Poznámky o adaptačním syndromu.“ Převedel pojem stres z oblasti techniky a průmyslu do oboru biologie. Stres je stav, kdy je náš organismus zatížen. Vychází z anglického slova „stress“, což můžeme přeložit jako zátěž či nápor. Tento stav má za úkol chránit naše tělo před narušením homeostázy.²⁷

„Stres můžeme definovat jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepříjemný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními.“²⁸

Stres nemusíme vždy pojímat jako negativní složku denního života. Určitá míra stresu může působit jako stimulátor. Někdo může stresové situace i sám vyhledávat, a to z důvodu navození příjemných pocitů. Toto se děje díky vyplavování endorfinů do mozku.²⁹

Stres patří v dnešní společnosti k fenoménům, proto zde uvedu charakteristické znaky stresových situací, které mají vliv na vznik stresu. Jedná se o:³⁰

- Pocity neovlivnitelnosti situace – člověk nemá kontrolu nad tím, jak se situace bude vyvíjet. Nemůže jí nikterak ovlivnit.
- Pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace – jde o nečekanou událost, na kterou se nelze připravit. S tím je spjata také intenzita stresu. (př. povodně)
- Pocit nezvladatelnosti situace, jde o stres, který může být vyvolán díky neschopnosti zvládat požadavky určité profese.
- Nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn. Tím je míněn například rozpad rodiny, úraz atd.

Na každého jedince působí určitá událost jinak. Stresory lze rozlišit do tří oblastí. Jedná se v první řadě o **fyzické stresory**, jako je hlad či hluk.

²⁶ KODET, V. *Malá poselství*. Stolní kalendář, Kostelní Vydří, 2011.

²⁷ VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011, s. 152.

²⁸ ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 52.

²⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008, s. 50.

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008 s. 50.

Na rovině **psychických stresorů** je myšlena třeba časová tíseň. V neposlední řadě jsou zde důležité **sociální stresory**, kde bychom mohli jako příklad uvést ztrátu blízké osoby.³¹

Existuje nepřeberné množství možností, jak můžeme stresory rozdělovat. Pro úplnost uvádí ještě jedno dělení stresorů, které je rozděleno do 4 kategorií:³²

- 1. kategorie – vztahové stresory** (rozvod, neshody s rodiči)
- 2. kategorie – pracovní a výkonové stresory** (nízký příjem)
- 3. kategorie – stresory související s životním stylem** (nevyhovující bydlení)
- 4. kategorie – nemoc a handicap**

Stresory, zatěžující události, na nás působí dennodenně. To, jestli se přehoupnou do fáze chronické, je důsledkem působení dalších činitelů. Jako je například, jak člověk umí zhodnotit situaci, jaké má schopnosti pro zvládnutí dané situace nebo jak dlouho stresové faktory působí.

Opakem stresorů jsou salutory, tedy to, co podporuje naše zdraví. Pro naši spokojenost a vnitřní rovnováhu je rozhodující, aby tyto dvě složky byly v rovnováze.

Kromě zmiňovaných stresorů může být stres vnímán jak silná frustrace. Jde o situaci, kdy jedinec není schopen dosáhnout vytýčeného cíle, díky neustálým překážkám na jeho cestě. Jde o neuspokojené potřeby ať ve smyslu rodinném, osobním či jiném.³³

Stres se různou měrou dotýká každého z nás. Je však otázka, do jaké míry, a kdy se u jednotlivce projeví.

Je důležité vymezit dvojí typ stresu, a tím je eustres a distres. Zátěž totiž nemusí vždy vycházet jen z negativního pojetí. Eustres je vnímán jako pozitivní zátěž, která vede ke stimulaci člověka a jeho výkonu. Naopak distres je zátěž, která může u jedince vést ke vzniku nemoci.³⁴

³¹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011, s. 52

³² PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada, 2003, s. 26-28.

³³ VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011, s. 49.

³⁴ ČEVELA, R., ČEDELLOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009, s. 52-55.

Působení stresorů můžeme pociťovat jako ohrožení, strach či pocit, že nad sebou samým ztrácíme kontrolu. Když stresory a salutory nejsou v rovnováze. Dále uvádím, jak se můžeme díky vlivu stresu v různých rovinách cítit.³⁵

- V rovině emocí jsou typickými projevy pocity smutku, vzteku, agrese, strachu, apatie či deprese.
- Po tělesné stránce na nás stres působí například zrychlením tepu, pocením, zvýšením tlaku, napětím ve svazech či bolestmi žaludku.
- V oblasti chování a v činnostech se může stres projevit urovnáváním věcí, nadáváním či křičením.
- Poslední úroveň se věnuje procesu myšlení. Je narušena koncentrace, lpíme na daných situacích, opakujeme si je a hledáme nová a nová řešení.

2.1 Důsledky stresu

Na jedné straně vnímáme stres jako velmi negativní složku našeho života. Je zajímavé, že je to právě on, který nás upozorní na přetěžování organismu. To, zda se odrazí na našem zdraví, závisí na jeho intenzitě, ale také délce trvání. Stres může být spouštěčem prakticky každé nemoci. Stres má negativní vliv na celkový imunitní systém, kardiovaskulární systém, dýchací systém, gastrointestinální systém apod. Pro upřesnění předchozího textu je nutné uvést, že stres sám o sobě není příčina. Spouštěčem je samotné nezvládnutí stresové situace.

Mezi nejčastější zdravotní potíže přivozené velkou mírou stresu řadíme:³⁶

- diabetes mellitus 2. typu,
- hypertenze (vysoký krevní tlak),
- ischemická choroba srdeční,
- žaludeční vředy.

³⁵ ČEVELA, R., ČEDELÁKOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009, s. 52-55.

³⁶ tamtéž

3 DEMENCE

*„Čas není náš nepřítel. Učí nás, abychom žili moudře dneškem, protože minulost ani budoucnost, nemáme ve svých rukou.“*³⁷

Kapitola zaměřená na demenci je do této práce zařazena především pro pochopení toho, jak náročná je práce s lidmi, kteří trpí demencí. I přes dnešní obrovskou vědeckou základnu a její potenciál není zatím možné tuto nemoc jednoduše léčit nebo změnit její průběh. Jedná se o nemoc, která nezatěžuje jen samotného klienta, ale také rodinu a další pečující v mnoha oblastech. Demence je získané postižení s různou mírou progresu. Jedná se o nemoc ireverzibilní. Lze ji ovlivnit, avšak nikoli zvrátit. Dochází k ní postupně až po ukončení vývoje kognitivních funkcí.³⁸

Nelze přesně vymezit jednotnou definici. Problematikou demence se zabývá mnoho autorů, proto zde uvedeme vícero definicí.

1. definice – „*Demence je paralýza duše, ztráta všeho, co je lidské a co člověka odlišuje od zvířete.*“³⁹
2. definice – „*Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí.*“⁴⁰

3.1 Vznik demence

Jedná se o onemocnění mozku, v jehož důsledku dochází ke snížení intelektu a paměťové úrovně. Jde o syndrom (neboli soubor příznaků) narušující osobnost, kognitivní procesy i emotivitu.

Zpráva Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále jen ÚZIS) definuje demenci jako „*syndrom způsobený onemocněním mozku, většinou chronické a progresivní povahy, při kterém dochází k porušení vyšších mozkových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, učení, jazyka a úsudku.*“⁴¹ Vědomí přitom nebývá ovlivněno. Snížení kognitivních funkcí bývá obvykle doprovázeno zhoršením emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace, které mohou v některých případech zhoršení kognitivních funkcí

³⁷ KODET, V. *Malá poselství*. Stolní kalendář, Kostelní Vydří, 2010.

³⁸ PIDRMAN, V. *Demence*, Praha: Grada, 2007, s. 9.

³⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Grada, 2007, s. 265.

⁴⁰ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I, et al. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009 s. 11.

⁴¹ NECHANSKÁ, B.: *Aktuální informace*. ÚZIS ČR, č.61/2011[online] cit. 2. 3. 2013, dostupné na: <<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>>.

předcházet. Tento syndrom se vyskytuje u velkého množství nemocí, které primárně nebo sekundárně postihují mozek.

3.2 Příčiny demence

I když by se mohlo zdát, že příčiny demence jsou jednoznačné, není tomu tak. Tato problematika je velmi specifická. Je známo mnoho faktorů, které jí mohou zapříčinit, ale jasné stanovisko nemáme. Existuje nepřehledné množství typů demence a každá je způsobena odlišnými příčinami. Jedním z klíčových rizikových faktorů vzniku demence je věk. Obecně lze říci, že s vyšším věkem stoupá riziko postižení pacienta demencí. V dětském věku je demence velmi vzácnou nemocí. Jednoznačná příčina demence však není dosud známá.

Kniha R. Jiráka a kolektivu specifikuje několik typů demence a uvádí příčiny, které vedou k jejich vzniku:⁴²

- ***demence atroficko-degenerativní*** – k nim je řazena Alzheimerova choroba, která je nejčtenější, dále demence při Parkinsonově chorobě, frontální a frontotemporální demence, jejíž výskyt je cca 10% všech demencí, včetně Pickovy choroby, Huntigtonovy choroby atd. Jedná se o onemocnění, která jsou způsobena například úbytkem některých nervových buněk a tvorbou chorobné bílkoviny (beta-amyloidu) u Alzheimerovy nemoci či bílkovin alfa-synukleinů u Parkinsonovy nemoci.
- ***demence sekundární neboli symptomatické*** – mezi ně řadíme například multiinfarktovou demenci, kterou trpí převážně muži. Dalším typem je podkorová vaskulární demence, zapříčiněná především mozkovým infarktem či krvácením do mozku atd.
- ***ostatní demence*** – mezi ně řadíme například demence infekční či demence přidružené u nemoci AIDS.

V praxi se setkáváme i s tzv. pseudodemencí, která ve skutečnosti demencí není. Může se jednat o těžkou formu deprese, která u seniorů není nikterak ojedinělá, a která se projevuje stejnými příznaky jako demence.⁴³

⁴² JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I. et al. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009, s. 19-20.

⁴³ DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010, s. 71.

3.3 Příznaky demence

Vladimír Pidrman rozlišuje tři základní skupiny příznaků: ⁴⁴

1. A = activities of daily life (narušení kognitivních funkcí)

Narušení v oblasti kognitivních funkcí je u každého typu demence odlišné. Například u Parkinsonovy choroby bývají zpravidla prvotní obtíže u výkonových funkcí. Pickova choroba je zajímavá tím, že paměť bývá dlouho zachována, což je na rozdíl od většiny ostatních typů demence, kde jsou poruchy paměti, prvotním znakem.

2. B = behavior (narušení aktivit denního života)

Jedinec s narůstající demencí je stále více odkázán na péči jiné fyzické osoby. Neví, jak se dopravit z bodu A do bodu B. Takovým typickým příkladem z praxe je neschopnost nakládat s penězi. Postupně klesá schopnost běžných denních úkonů, vaření, oblékání se nebo dodržování osobní hygieny.

3. C = cognition (poruchy chování)

Tyto příznaky, které se projevují v oblasti chování člověka, se začínají objevovat již zpočátku demence. Zpravidla jsou tyto příznaky časté u frontotemporálních demencí. U zbývajících typů se objevuje změna chování v rámci středního či pokročilého stádia. Konkrétními příznaky jsou stavy neklidu, které mohou být spojeny s agresivitou. Může dojít k útěkům z domova, napadání rodinných příslušníků, slovní agrese, ničení věcí, svlékání se apod.

Abychom si uvědomili, o jak rozsáhlé onemocnění se jedná, rozšíříme tuto škálu o další symptomy, jimiž jsou: ⁴⁵

- poruchy soběstačnosti,
- poruchy paměti,
- poruchy orientace,
- poruchy pozornosti a motivace,
- poruchy chápání.

⁴⁴ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007, s. 9-10.

⁴⁵ tamtéž

3.4 Důsledky demence

Tato podkapitola nám velmi dobře poslouží k představě náročnosti práce s lidmi s demencí. Důsledky demence jsou obecně velmi široké. Mnohé publikace hovoří o postupné ztrátě paměti, orientace, schopnosti postarat se o sebe ve smyslu sebeobsluhy. Pro nemocného nastává také velký problém v komunikaci s okolím.

Každý člověk je svým způsobem originál. To se promítá také do toho, jak se u něj bude nemoc projevovat a rozvíjet. Velkou měrou se na průběhu a důsledcích demence projeví včasná diagnóza či zvolená medikace.

Z hlediska praktického a didaktického lze rozlišit tři základní skupiny příznaků, kterými jsou:⁴⁶

- narušení kognitivních funkcí,
- narušení aktivního denního života,
- poruchy chování. (Blíže jsem se jim věnovala v kapitole 3.3.)

Pidman definuje vývoj tohoto progresivního onemocnění takto: „*Výsledkem procesu demence je globální deteriorace duševních schopností nemocného, narušení jeho funkčních schopností, ztráta soběstačnosti.*“⁴⁷

Pro praktické uvedení do problematiky péče o takto nemocného jedince si dovoluji uvést příklad ze své vlastní praxe. Paní H. docházela do denního stacionáře na Praze 6 přes 2 roky. Na počátku byla schopna dojít sama od vrátnice do 4. patra, kde se stacionář nachází. Byla samostatná a velmi společenská. Měla problém především s krátkodobou pamětí. Proto bylo důležité upozorňovat paní H. na polední léky, které si poté vzala. Potřeba péče o paní H. se postupně navyšovala. Paní H. nebyla schopná samostatně dojít do stacionáře, byla čím dál více dezorientována prostředím a lidmi kolem. Vyžadovala stále více pozornosti. Ztrácela sebeobslužné schopnosti, měla potřebu fyzického kontaktu. (hlazení, štípání) Samotný kolektiv ostatních seniorů vnímal paní H. podivně a někteří byli z jejího chování zmatení. Po rozhovoru s rodinou musela být lékařem změněna medikace a díky stále náročnějším požadavkům a zhoršujícímu se zdravotnímu stavu byla přemístěna do specializovaného pobytového zařízení.

⁴⁶ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007, s. 9.

⁴⁷ tamtéž

3.5 Výskyt demence

Problematika demence se stává v současné době velmi aktuální. Počet osob trpící touto nemocí v naší i celosvětové populaci stále narůstá. Pro aktuální přehled výskytu tohoto onemocnění poskytl Ústav zdravotních informací a statistiky (ÚZIS), nejen aktuální data týkající se současného stavu, ale také prognózy výskytu demence do dalších let.

Ze zprávy vyplývají velmi pozoruhodné výsledky: *„Na základě odhadů prevalence demence v populaci podle věku, pohlaví byl celosvětově počet lidí žijících s demencí v roce 2010 odhadnut na 35,6 milionu. Tento počet by se měl do roku 2030 téměř zdvojnásobit a do roku 2050 více než ztrojnásobit. Z tohoto počtu připadá 3,6 milionu (46%) na Asii, 2,3 milionu, (31% na Evropu, 1.2 milionu, (16%) na Severní a Jižní Ameriku a 0,5 milionu (7%) na Afriku.“*⁴⁸

Počty nově vzniklých případů jsou přímo alarmující. Můžeme jen doufat, že vznikne dostatečné povědomí o těchto nepříliš medializovaných nemocech a s ním možnost co nejvyšší míry prevence.

V knize „Geriatrické syndromy a geriatrický pacient“ píše R. Jiráček, s ohledem na zvyšující se počet osob trpících demencí, o nutnosti rozvoje:⁴⁹

- koordinovaných komunitních služeb,
- dostatečné kapacity ústavní dlouhodobé péče pro nemocné v pokročilých stádiích syndromu demence, která již nelze zabezpečit v domácím prostředí,
- metodologie podpory lidí se syndromem demence a kvality jejich života,
- nediskriminačních zdravotnických služeb přátelských dementním pacientům,
- zájmu odborné i laické veřejnosti o řešení problému života s demencí.

⁴⁸ WIJA, P.: *Aktuální informace*. ÚZIS č.63/2012 [online] cit. 2. 3. 2013, dostupné na: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>.

⁴⁹ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 240.

4 DENNÍ STACIONÁŘ

Bez lásky, bez lidskosti, bez soucítění člověka s člověkem nic neobstojí. (P. Pitter, 1975)

Výzkumná část této práce je zaměřena na sociální pracovníky pracující právě v tomto typu zařízení. Proto je jednou z kapitol i charakteristika této služby. I když je tato služba zařazena do zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách od počátku jeho existence, praxe vypovídá o tom, že informovanost společnosti je velmi malá.

4.1 Základní služby dané zákonem

Zařízením denního stacionáře se rozumí druh služby sociální péče. Pojem „služba“ zákon charakterizuje jako: *„činnost i soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění a prevence sociálního vyloučení.“*⁵⁰ Forma této služby je ambulantní.

Cílovou skupinou denního stacionáře jsou osoby se sníženou soběstačností, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby. Tato práce je cílena na denní stacionáře pro seniory, kteří z důvodu, věku, nemoci či osamělosti splňují požadavky zařízení a potřebují dopomoci v daných úkonech. Jde především o seniory bez větších fyzických a psychických handicapů, kteří se během pracovního dne cítí osaměle a nejistě, potřebují pomoc okolí, dohled nad denním režimem a mají zájem o služby nabízené stacionářem.⁵¹

K poskytovaným službám denních stacionářů dle zákona patří:⁵²

1. pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu

Jedná se o pomoc uživateli služby s oblékáním a svlékáním, poskytnutím speciálních pomůcek, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru či pomoc a podpora při podávání jídla a pití.

2. pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

K těmto službám řadíme pomoc při úkonech osobní hygieny a použití WC.

⁵⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Úplné znění č. 879, ke dni 23. 1. 2012, §3.

⁵¹ JONES, J. *Výroční zpráva domova pro seniory* E. Purkyňové. Praha: Kufr, 2011.

⁵² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a In: Úplné znění č. 879, ke dni 23. 1. 2012, §46.

Vyhláška č. 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách. In: Úplné znění č. 879, ke dni 23. 1. 2012, §12.

3. poskytnutí stravy

Vyhláška 505/2006 Sb. řadí k této službě zajištění stravy přiměřené době poskytování služby. Musí být odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.

4. sociálně terapeutické činnosti

Cílem sociálně terapeutické činnosti je vedení k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

5. pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí

Jedná se o dopomoc seniorům například s kontaktem s úřady či objednání k lékaři. Na vyžádání klienta/uživatele služby či jeho rodiny je možné dojednat pravidelné aktivity, kadeřníka a podobně.

4.2 Základní služby v konkrétních zařízeních

Hovoříme zde o konkrétních zařízeních, jimiž jsou Domov pro seniory Elišky Purkyňové na Praze 6 a Gerontologickém centru v Praze 8. Obě zařízení poskytují službu denního stacionáře pro seniory. Pro poskytování smluvených služeb, je nutné vymezit i základní práva a povinnosti, jak na straně daného zařízení tak i zájemce/uživatele služby. Veškerá metodika práce je vytvářena podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb. Nesmíme zapomenout na mnohé další dokumenty, jimiž jsou:

- Listina základních práv a svobod,
- Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují,
- Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby,
- Evropská charta pacientů seniorů.

Následující informace slouží jako konkrétní příklad toho, co všechno je nutné podchytit a zajistit, aby péče o seniora v denním zařízení byla pro všechny strany přínosem.

Gerontologické centrum vymezuje práva a povinnosti jak na straně zájemce o službu, klienta i poskytovatele služby následovně: ⁵³

Zájemce o službu je povinen

- zajistit vhodné podmínky pro poskytování péče v denním stacionáři. Je povinen informovat pracovníky denního stacionáře o všech důležitých okolnostech, změnách zdravotního stavu, bezpečnostních rizicích a všech dalších aspektech, které mohou poskytování služeb ovlivnit.
- seznámit se s „Domácím řádem“. V případě nejasností ho konzultovat se zaměstnanci.
- zajistit klientovi náhradní oblečení a dále veškeré potřebné individuální pomůcky, zejména ty, které jsou hrazeny ze zdravotního pojištění (pomůcky pro inkontinenci) a léky, které klient užívá.
- platit za poskytované služby.

Zájemce má právo

- mít stížnosti, připomínky a podněty k poskytovaným službám.
- žádat pracovníky o vyjádření o způsobu a postupu péče o klienta.
- ukončit službu po vzájemné dohodě s klientem.

Klient je povinen

- seznámit se s „Domácím řádem“. V případě nejasností ho konzultovat se zaměstnanci.
- dodržovat „Domácí řád“ a tak nenarušovat klidné soužití všech klientů denního stacionáře.

Klient má právo

- využívat všech nabízených standardních i nadstandardních služeb.
- mít stížnosti, připomínky, podněty k poskytovaným službám případně může ukončit službu.

⁵³ DENNÍ STACIONÁŘ. Gerontologické centru v Praze 8. [online] cit. 18. 5. 2014, dostupné na: <http://www.gerontocentrum.cz/denni_stacionar>.

Poskytovatel má povinnost

- zachovávat zásadu mlčenlivosti o všech zjištěných skutečnostech, které se týkají klienta i objednavatele.
- informovat zájemce o změně zdravotního stavu klienta nebo jeho stanoviska k poskytování služeb.
- klienta sledovat, zda na něj není činěn jakýkoliv nátlak ze strany doprovázejících rodinných příslušníků. Dále sledují to, zda klient vstupuje skutečně dobrovolně a projevuje to svým chováním.
- informovat soud v případech, kdy klient vykazuje při přijetí nebo kdykoliv během pobytu v denním stacionáři objektivní známky špatného zacházení.

Poskytovatel má právo

- ukončit službu v případech daných „*Domácím řádem*“.
- konzultovat práci s klientem při supervizích (porady odborníků a kolegů).

Podle interního předpisu Domova pro seniory Elišky Purkyňové, které vychází z nařízení vlády 222/2010 Sb., uvádím soubor činností sociálního pracovníka denního stacionáře:⁵⁴

- jednání se zájemci o službu (zájemcem o službu se rozumí buď samotný senior, či jeho příbuzná osoba, opatrovník, pečovatel, blízký nebo kdokoli z veřejnosti, kdo se chce o poskytované službě něco dozvědět)
- jednání se žadateli o službu. (žadatelem se rozumí pouze senior, pro kterého je služba určena. V určitých případech jím může být jeho zákonný zástupce)
- zajistit veškeré náležitosti v rámci nástupu nového uživatele (uživatelé služby se z právního hlediska stává žadatel služby v okamžiku, kdy s poskytovatelem služby uzavře smlouvu o poskytnutí pobytu v denním stacionáři)
- jednat s uživatelem, zajišťovat mu dopomoc či asistenci v rámci domluvených úkonů

⁵⁴FISCHER, J., ŠIMERKA, P. Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., *Katalog prací ve veřejných službách a správě*. [online] cit. 30. 3. 2013, dostupné na: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8980/Katalog_praci_UZ1102010.pdf>.

- Zajišťovat volnočasové aktivity pro klienty. (trénink paměti, rehabilitační cvičení, muzikoterapie, reminiscenční terapie, petterapie, tvořivá činnost, promítání, vaření a pečení, individuální a skupinové rozhovory, výlety atd.)
- Jednání s rodinou, s úřady a dalšími institucemi.

5 POMÁHAJÍCÍ PROFESE

„Je naší povinností, abychom na sebe brali úlohu milosrdného Samaritána pro všechny, kteří zůstali ležet u cesty.“ (Martin L. King)

Charakteristika pomáhajících profesí by v této práci jistě neměla chybět. Jsou jimi míněni nejen sociální pracovníci, ale také například zdravotnická povolání, pedagogické profese, duchovní apod. Tím, co mají všichni společné, je jednotný cíl, tedy pomoc druhým lidem.

Co je odlišuje od ostatních povolání? *„Mezi společné rysy patří nutný vztah s klientem a zapojení vlastní osobnosti pomáhajícího do pracovního procesu.“*⁵⁵

V následujícím textu budou rozebírány osobnostní předpoklady pro vykonávání profese sociálního pracovníka zaměřeného na konkrétní typ zařízení, denního stacionáře. Obecně lze říci, že tím společným, co by pomáhající profese měla obsahovat je „profesionalita“.

5.1 Osobnostní předpoklady

Již nadpis nás upozorňuje na jeden z předních nástrojů pomáhající profese. Tím není nic jiného než osobnost pomáhajícího, která podstatnou měrou ručí za kvalitu práce.

Pro pomáhající profese je velmi nezbytné sebepoznání. K tomu, aby byla práce odvedena vůči klientům zodpovědně, musí být pracovníci odpovědní především vůči sobě. Ve všech situacích, které je během života potkají, je nezbytná sebereflexe. Tedy jaké si uvědomování si sebe sama, svých schopností, vlastností, pocitů.⁵⁶

Pro vykonávání profese sociálního pracovníka existuje soubor kritérií, které by měl pomáhající pracovník naplňovat. Jsou to:⁵⁷

- odbornost,
- komunikační dovednost,
- vyrovnanost,
- schopnost empatie.

⁵⁵ GÉRINGOVÁ, J. *Pomáhající profese*. Praha: Triton, 2011, s. 21.

⁵⁶ VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, s. 13.

⁵⁷ VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009.

5.2 Vzdělání

Základním pramenem požadavků na pozici sociálního pracovníka je zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. spolu s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. Upravují:⁵⁸

- a) Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka
- b) Předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách

Ad. a) Sociální pracovník musí splňovat způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odbornou způsobilost.

Odborná způsobilost je členěna do několika stupňů.

- I. Vyšší odborné vzdělání v akreditovaných oborech sociální práce, sociální pedagogika, sociální a humanitární práce, sociální práce, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost.
- II. Vysokoškolské vzdělání ve studijních akreditovaných programech sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogika.
- III. Absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů o rozsahu nejméně 200 hodin a 5 let praxe, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v jiných oborech než ad. I či ad. II.
- IV. Absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů o rozsahu nejméně 200 hodin a 10 let praxe pokud je dokončeno střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998.

Pro výkon sociálního pracovníka není důležité jen samotné dosažené vzdělání, ale také pravidelné další vzdělávání formou akreditovaných kurzů, odborných stáží či školení. Paragraf 111 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. udává, že zaměstnavatel je povinen zabezpečit vzdělávání, a to 24 hodin za kalendářní rok.

Ad. b) Pracovník v sociálních službách musí taktéž splňovat způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odbornou způsobilost.

⁵⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Úplné znění č. 879, ke dni 23. 1. 2012, §115-116a, Vyhláška č. 505/2006 k zákonu o sociálních službách. In.: Úplné znění č. 879, ke dni 23. 1. 2012, §37

5.3 Kompetence a jejich charakteristika

Pojem „kompetence“ lze definovat různými způsoby:

1. definice – „*Kompetence je pravomoc, rozsah působnosti.*“⁵⁹
2. definice – „*Funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.*“⁶⁰

Pozice, kterou má pracovník v denním stacionáři je sociální pracovník či pracovník v sociálních službách. V knize Radany Novákové jsou uvedeny profesní kompetence, které vystihují velmi jasně vymezené činnosti, jež se v denním stacionáři uplatňují.

Jedná se o:⁶¹

➤ **odborné kompetence**

K těmto kompetencím řadíme. Znalost pomáhajících sítí a základní zásady metod práce s jednotlivcem či skupinou. Řadíme k nim též schopnost odborně vést dokumentaci o klientovi a jednat eticky. Podstatnou součástí těchto kompetencí je také znalost pracovně právních předpisů, dodržování bezpečnosti práce na pracovišti, získávání nových poznatků o svém oboru a jejich důsledné uplatňování.

➤ **poradenské a konzultativní kompetence**

Sem lze zařadit především poradenství směrem ke klientovi a jeho rodině a samozřejmě také k široké veřejnosti.

➤ **diagnostické kompetence**

Základem této kompetence je znalost příčin problému klienta, po stránce bio-psycho-sociální. Je důležité znát samotné jednání klienta a popřípadě důvody, které ho k danému jednání vedou. Velmi zásadní je zjistit, jak klient myslí, cítí nebo se chová.

➤ **organizační a řídicí kompetence**

Součástí této oblasti je schopnost sociálního pracovníka se rozhodovat, umět vyhodnotit situaci, naplánovat a projektovat postup. Být schopen navozovat řád a systém. Neposlední řadě být flexibilní a nápaditý.

⁵⁹ KOLEKTIV AUTORŮ *Slovník cizích slovník*. Praha: Encyklopedický dům, 1995, s. 123.

⁶⁰ HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999, s. 41.

⁶¹ NOVÁKOVÁ, R. *Pečovatelsví I*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, s. 19-20.

➤ **komunikativní kompetence**

Domnívám se, že tento okruh kompetencí je zásadní pro veškeré profese. Jedná se o schopnost ovládat pravidla a zásady verbální a neverbální komunikace či umět aktivně naslouchat. Sociální pracovník musí dbát na správnou komunikaci s klienty, jejich rodinami a ostatními spolupracovníky.

➤ **intervenční kompetence**

Pomáhající profese není povoláním statickým. Proto je důležité si neustále stanovovat cíle. Například, jak mohu být klientovi nápomocen. Musí umět klientovi navrhnout plán pomoci a napomoci jej realizovat, kontrolovat či přehodnocovat.

➤ **reflexe vlastní činnosti**

Každý profesionál ve svém oboru musí dbát o zdravý vnitřní i vnější život. Je velmi žádoucí účastnit se, pokud je to možné, pravidelných supervizí, umět relaxovat, dodržovat zásady duševní hygieny. Nezbytností je modifikace přístupů a použitých metod práce.

Toto téma je velmi široké proto je nutné uvést pro rozšíření ještě další členění kompetencí, kterými jsou: ⁶²

- rozvíjet účinnou komunikaci,
- orientovat se a plánovat postup,
- pomáhat a podporovat k samostatnosti,
- zasahovat a poskytovat služby,
- přispívat k práci organizace a odborně růst.

6 SUPERVIZE

„Nikdo po nás nechce zázraky: stačí pokojně dělat, co dělat máme, a dělat to, jak umíme.“ ⁶³

Již standardy sociální práce (uvedeny v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a v prováděcí Vyhlášce č. 505/2006 Sb.) naznačují, že je povinností poskytovatelů zajistit pro zaměstnance vykonávající přímou práci s osobami využívající sociální službu, podporu nezávislou kvalifikovanou osobou. Jedná se o standard č. 10e „Profesní rozvoj zaměstnanců“.

⁶² HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999, s. 51-110.

⁶³ KODET, V. *Malá poselství*. Stolní kalendář, Kostelní Vydří, 2010

V rámci zvolených výzkumných metod se budeme snažit zjistit, jak je dodržování tohoto standardu naplňováno.

Supervize se stává stále více vyhledávaným prostředkem prevence syndromu vyhoření v oblasti pomáhajících profesí. Problematice supervize je věnována podstatná část výzkumné činnosti, proto se v této kapitole budeme věnovat její charakteristice.

Pro vymezení tohoto pojmu jsem vybrala následující definice.

1. definice – „*Supervize je setkání za účelem reflexi zážitků a zkušeností z práce s klienty. Slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí a hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch klienta.*“ ⁶⁴
2. definice – „*Supervize je procesem, v němž supervizor předává supervidovaným určité vědomosti a schopnosti. Během procesu je řízen, koordinován a přehodnocován profesní vývoj supervidovaných.*“ ⁶⁵
3. Definice – „*Supervize je nástrojem, který umožňuje naplňovat a rozvíjet odborné kompetence pracovníka.*“ ⁶⁶

Abychom mohli definicím porozumět, je potřebné vymezit i pojmy v nich uvedené. ⁶⁷

Supervizor

Jde o specializovaného odborníka, který má na starosti jednotlivce či skupinu. Společně pracují na tom, aby se daný problém vyřešil. Z anglického překladu znamená tento pojem dohled či kontrolu, avšak pro přesnější vymezení bychom měli použít slova nadhled.

Supervidovaný

Supervidovaný je ten, kterému je supervize určena.

Samotné vymezení pojmů není dostatečné. Aby mohla supervize plnit svou funkci a naplňovala stanovené cíle, je zapotřebí pevně daných zásad, jako například uvědomění si: ⁶⁸

- a. že neexistují chyby, existují jen podněty k lepšímu řešení,
- b. že supervizor je zodpovědný za bezpečné prostředí.

⁶⁴ VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi*. Vyd.1. Praha: Grada, 2011, s. 153.

⁶⁵ MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012, 152 s.

⁶⁶ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Interní supervize*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí 2007, s. 7.

⁶⁷ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, s. 140.

⁶⁸ HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999, s. 36

Ačkoli Z. Havrdová uvádí druhou zásadu v souvislosti se studentem, snadno to můžeme rozvinout na problematiku jakékoli osoby. Bezpečným prostředím se rozumí možnost na rovině svobodného vyjadřování supervidovaného ke všem tématům. Možnost ujasňování si svých názorů, pocitů, fantazií a kritického přezkoumávání chyb na poli organizace, vzdělávání apod.

Supervizor pracuje se supervidovaným na základě uzavřeného kontraktu. Ten se vztahuje na všechny účastníky supervize. Jeho obsah může být měněn. Významem kontraktu je možnost všech stran se podílet na řízení supervize a přijetí odpovědnosti z něho vyplývající. Kontrakt vymezuje pravidla a hranice, v kterých se supervize bude vyvíjet. Skrze to nabízí vědomí rovnocennosti a jistoty. Nabádá ke spolupráci a poctivosti při dodržování dohody.⁶⁹

6.1 Typy a funkce supervize

V této podkapitole se zaměřujeme na rozlišení přístupu k supervizi. Neexistuje pouze jeden statický model, který má určité zavedené principy. Seznámíme se s celou šíří supervize, která se snaží přispět k efektivní práci. Může být členěna podle problému, který je řešen ale také podle toho, jaký typ supervize danému pracovníkovi vyhovuje.

Z literatury, která se tomuto tématu věnuje, můžeme najít rozličné množství členění. Rozdělujeme tyto formy supervize:⁷⁰

- 1. přímá a nepřímá,**
- 2. individuální, skupinová a týmová,**
- 3. interní a externí,**
- 4. případová a rozvojová,**
- 5. plánovaná a krizová.**

Jednotlivé typy supervizí mohou být spojovány s konkrétními faktory, podle kterých jsou členěny, proto některé z nich doplním:⁷¹

Ad. 2. Členění individuální, skupinové či týmové supervize závisí na tom, s kým je prováděna. Jde o faktory role, kompetencí a vztahů.

⁶⁹ HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999, s. 36

⁷⁰ MOJŽÍŠOVÁ, A. *Problematika supervize pracovníků v sociálních službách*. [online] cit. 22. 3. 2013, dostupné na: <http://theses.cz/id/ce8u2a/downloadPraceContent_adipIdno_14519>.

⁷¹ HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ M. *Praktická supervize*. Vyd. 1. Praha: Galen, 2008, s. 41-43.

Ad. 3. V případě interní a externí supervize je důležitým faktorem autorita toho, kdo supervizi provádí.

Ad. 4. Zde se jedná o faktor zaměření, tedy toho, čeho se samotná supervize týká.

Supervize se může věnovat velkému rozsahu oblastí. Uvedu jednotlivé formy supervize, které jsou vázané vždy na danou roli supervizora, jimiž jsou:⁷²

- práce s předpoklady a mentálními mapami,
- experimentování, rozšiřování vědomí,
- reflexe,
- práce s emocemi,
- výuka, konzultování, dodávání zdrojů,
- práce se vztahy,
- práce s neuvědomovanými obsahy (emocemi, mentálními bloky, intuicí apod.).

To jak bude supervizor pracovat se supervidovaným je stanoveno dle vzájemné dohody.

Abychom pochopili celou šíři tohoto nástroje, je nezbytné zařadit do této kapitoly taktéž funkce, které má supervize splňovat.⁷³

1. pedagogická funkce

Je řazena k nejstarším funkcím. Stojí na pevné zpětné vazbě vůči supervidovanému. Zdůrazňuje kognitivní učení. Supervidovaný je povzbuzován k samostatnému rozhodování a převzetí odpovědnosti za svou práci. Jde především o předávání vědomostí a koncepčních modelů, které mohou stát jako základna nebo pevné stanoviště v případě nejistot. Supervize posiluje pocit dobré výkonnosti a profesní kompetence.

2. administrativní funkce

Tato funkce je určována zaměstnavatelem. Jde o koncepční chod instituce. K zásadním úkolům řadíme například:

- vedení spolupracovníků,
- zavedení směrnic a postupu a jejich rozšiřování v instituci,

⁷² HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ M. *Praktická supervize*. Vyd. 1. Praha: Galen, 2008, s. 41-43.

⁷³ MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 152 s.

- stanovování úkolů a jmenování odpovědnosti,
- sledování, kontrolu a hodnocení pracovních výkonů,
- nakládání se zdroji instituce.

3. podpůrná funkce

Tento typ supervize má za úkol nalézat aktuální zdroje napětí a pomoci pracovníkovi, aby se ubránil negativním pocitům. Cílem je zabránit stresu a obavám, aby mohl pracovník docílit efektivní práce.

4. evaluativní funkce

Jde především o objektivní zkoumání výkonu supervidovaného v práci v průběhu určitého časového rozmezí. Pracovní výkon je hodnocen ve vztahu ke stanoveným cílům.

Základ pro úspěšnou supervizi vězí v dobrovolnosti a shodě mezi zaměstnavatelem a sociálními pracovníky. Výzkumná činnost nám ukáže, jak je v zařízeních supervize obsažena. Zda vůbec, či jak často jí pracovníci mají. Supervize není levnou záležitostí, proto se domníváme, že i toto může hrát roli při jejím zajištění od zaměstnavatele. Je důležité, aby management zařízení byl nakloněn pro zavedení pravidelné supervize.

I. Maroon doporučuje vytvořit si vlastní rámec strategie práce supervizora a supervidovaného, a to v sedmi základních stádiích:⁷⁴

1. rozumět jádru problému,
2. umět si poradit s tématy, které vyplývají na různých úrovních péče, např. navázání kontaktu,
3. potřebné teoretické znalosti,
4. vytvoření si s klientem stabilní a dlouhodobý kontakt,
5. zpětná vazba se supervizorem,
6. plánovat intervenční cíle, rozvíjet je a dosáhnout jich,
7. promyšleně a podporujícím způsobem reagovat na problémy, i když vyvolávají úzkost a strach.

⁷⁴MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012, 152 s.

6.2 Cíl supervize

Cílem supervize je hledání nových cest, jak růst po stránce osobnostní tak v kontextu určitého případu, který si daná osoba na supervizní setkání přináší. Jde o nástroj pro zvyšování kvality a úrovně péče. Může se jednat o problematiku chodu týmu, nebo konkrétní problém s kolegou či samotným klientem.

Jakými mýty je supervize zatížena.

- Supervize může být vnímána jako **audit**. Tím pádem je narušena celá podstata tohoto nástroje. Velmi těžko nacházejí supervidovaní v supervizorovi důvěru. Mohou se vyjadřovat nepravdivě a domnívají se, že jsou kontrolováni. Není zde prostor pro to, aby zpětná vazba mohla navýšit kvalitu práce v dané službě.
- Velmi zatěžující může být mýtus, že **supervizi potřebují jen ta slabší či problémová zařízení**, a u těch, kde vše probíhá bez komplikací nebo velkých problémů, je zbytečná.
- Co by mohlo supervizi uškodit, je mylná představa toho, že je supervize chápána jako **forma pomoci, která přijde zvenku**. To se samozřejmě odráží na přístupu a očekávání supervidovaných, jejichž přístup vede k pasivnímu jednání.⁷⁵

Publikace „Interní supervize“ hovoří o cílech supervize z časového rozlišení. Zmiňuje se o cílech krátkodobých a dlouhodobých. Mezi krátkodobé patří cíle zaměřené na vytvoření základních podmínek pracovního týmu. Dlouhodobými cíli se rozumí například zvyšování citlivosti organizace na potřeby klientů.⁷⁶

Dále se uvádí kategorie konkrétního cíle supervize. Pojednává o tom, že proces supervize se odehrává na základě písemného nebo ústního kontraktu. Kontrakt obsahuje to, čím se chce supervidovaný zabývat.

Autoři Hawkins a Shohet vymezují cíle supervize a shrnují je do těchto bodů:⁷⁷

- poskytnout prostor pro pravidelnou reflexi obsahu a procesu vlastní práce,
- rozvinout pochopení a dovednosti v práci,
- získat informace a jiný pohled na vlastní práci,

⁷⁵ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, s. 139

⁷⁶ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Interní supervize*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí 2007, s. 14.

⁷⁷ HAWKINS, P., SHOHE, R. In. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999, s. 34

- dostávat zpětnou vazbu,
- získat ocenění a podporu,
- lépe plánovat a využívat vlastní osobní a profesionální zdroje.

Pro účelnost, smysl a naplnění cílů supervize jakož to nástroje prevence syndromu vyhoření by měly být v popředí tyto aspekty: ⁷⁸

- a) potřeby fungování organizace,
- b) potřeby fungování týmu,
- c) individuální potřeby.

⁷⁸ HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999, s. 34

7 PREVENCE A ZVLÁDÁNÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ

„Díváme se leckdy stokrát, tisíckrát na totéž, než to konečně doopravdy spatříme.“ (Ch. Morgenstern)

Tato kapitola má za cíl seznámit se s různými možnostmi prevence syndromu vyhoření. Je potřebné zdůraznit fakt, že každý člověk potřebuje pro nabití energie a rovnováhy jiné věci. Proto i tento text je možné brát jako inspiraci.

M. Venglářová uvádí, jak se bránit možnému vzniku syndromu vyhoření. Jde o velmi široké oblasti potřeb každého člověka. Hovoří o 4 důležitých aspektech, kterými jsou: ⁷⁹

- zdravý životní styl,
- sociální opora,
- profesní růst,
- vědomí, že není nutné zůstat za cenu ztrát.

Pokud bychom chtěli uvést konkrétní možnosti prevence, můžeme využít knihy Aleny Špačkové, která uvádí tzv. antistresové techniky: ⁸⁰

1. technika – fyzická aktivita

Neexistuje jednotná aktivita, která by spolehlivě pomohla od napětí každému. Je opravdu individuální, jakou aktivitu kdo zvolí (například návštěva fitness, štipání dříví, rozcvička, úklid domácnosti či dlouhá procházka).

2. technika – přerušení situace

Mohlo by se zdát, že se to k tomuto tématu příliš neváže, avšak je tomu právě naopak. Jak všechny kapitoly o burn-out syndromu naznačují, vyhoření se formuje pomalu a může jej spustit mnoho faktor. Proto jako důležitou prevenci vnímám tuto možnost. Je důležité se neupínat jen na jednu jedinou událost a raději změnit činnost. Jít se na chvíli projít, udělat kávu a tzv. „vypnout“. Situace se tím nejen přeruší, ale také je možné se nad ní zamyslet. Podívat se na ni z jiné strany a posléze ji vyhodnotit a zpracovat.

⁷⁹VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, s. 96

⁸⁰ŠPAČKOVÁ, A. *Umění dialogu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, s. 47 – 50.

3. technika – arteterapie

Zahrnuje nejen pasivní přijímání vjemů – hudby či televizních, divadelních programů, ale také vlastního učení, např. hra na nástroj či zpěv. Každá z těchto možností je další cestou, jak dát prostor svému já a díky tomu zvládat případnou krizi.

4. technika – pravidelný režim

Sem bychom mohli zařadit principy zdravého životního stylu (pravidelný spánek, pitný režim a strava, cvičení). Je důležité brát zřetel na přestávky v rámci pracovní činnosti. Z širšího hlediska je nezbytné dopřávat si pravidelnou dovolenou. S metodou pravidelného režimu souvisí taktéž hobby dle vlastního výběru. Je důležité pravidelně relaxovat.

Kniha „Syndrom vyhoření“ Ch. Stoka uvádí následující rysy ochrany před syndromem vyhoření takto: ⁸¹

- Správné prevenci předchází důkladná „inventura“ našeho pracovního i soukromého života.
- Je vhodné si udělat situační analýzu, kde můžeme identifikovat naše individuální stresové faktory - jak vnitřní tak i vnější.
- Je důležité si stanovit priorit, které nám umožní získat kontrolu nad situací.
- Měli bychom být připraveni na změnu, která nemusí vždy okolí připadat vhodná. Může být dokonce brána za nežádoucí.
- Pokud je situace v zaměstnání již neudržitelná, je vhodné místo opustit.
- Účinnou ochranou je relaxační cvičení, pravidelný odpočinek, síť sociálních vztahů nebo volnočasové aktivity.

Existuje nespočet rad, jak si zachovat a dále rozvíjet svou osobnost. Pro pomáhající profese je zvlášť podstatné stálé sebepoznávání. Pokud chceme správně pomáhat ostatním, je nejdůležitější začít především u sebe. Zde si dovolíme uvést soubor strategií, které k rozvoji člověka napomáhají.

⁸¹ STOCK, CH. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout Praha: Grada, 2010, 93 s.

Rozdělení strategií: ⁸²

1. terapeutické strategie

Existenciální psychoterapie – patří do intervenčních technik. Jelikož „*se soustřeďuje především na vnitřní svět prožitků, umožňuje pacientům vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka.*“ ⁸³

Daseianalýza – zde jde především o to, aby došlo z hlediska burn-out syndromu k pochopení a naplnění vlastní existence, stát se v pravém smyslu „sám sebou“. Terapeut je v roli toho, kdo poskytuje doporučení, nikoliv příkazy.

Logoterapie – ve smyslu prevence syndromu vyhoření, je tento směr velmi podstatný. Jedná se o nalezení smyslu života, a to prostřednictvím objevování a naplňování hodnot v souladu s jeho životem a osobností. Terapeut je ten, který napomáhá nalézat klientovi nové důvody, proč žít. Obzvláště pro osoby v posledním stadiu psychického vyhoření může být tato forma nápomocná, neboť tito lidé nejsou schopni v důsledku vyhoření vnímat svou práci a život smysluplně.

2. neterapeutické strategie

Sociální opora – jako lidské bytosti jsme nejen individualitami ve svém světě, ale také součástí celku, kde jsme nezbytnou součástí interakcí všeho druhu. Sociální opora ze strany nejbližších hraje významnou roli v hledání smyslu života, práce, ale i v naplňování a stanovování vlastních hodnot jedince.

Aktivní naslouchání – je součástí jakékoliv práce sociálního pracovníka. Mělo by být samozřejmostí a důležitou zpětnou vazbou, že se bude aktivního naslouchání dostávat i tomu, kdo pracuje v pomáhající profesi.

Uznání – pro zdárný vývoj člověka ve všech oblastech je podstatnou složkou pochvala. Uznání nemusí být jen formou slov, řadíme k nim také finanční ohodnocení. Není vhodné dostat ohodnocení jen v rámci posouzení úspěchu, ale i ve chvílích, kdy se nám nedaří. To nám totiž může dopomoci ke zvládnutí dané situace a přinést povzbuzení do další práce.

⁸² HAUMEROVÁ, Pavla. *Pomáhání jako krizový moment syndromu vyhoření*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra sociální pedagogiky, 2009. Vedoucí diplomové práce Mgr. Lenka Gulová, Ph.D.

⁸³ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 POPIS A STRUKTURA VÝZKUMNÝCH METOD

8.1 Hypotézy

Zvolila jsem dvě hypotézy. Zaměřuji se nejen na výskyt syndromu vyhoření, ale mou snahou je též zmapovat využívání formy prevence, konkrétně supervize. Danými hypotézami jsou:

1. Věřící sociální pracovníci bez ohledu na délku praxe mají snížené riziko vzniku syndromu vyhoření, naproti tomu u sociálních pracovníků bez náboženského vyznání s rostoucí délkou praxe roste i riziko syndromu vyhoření.
2. Pokud mají sociální pracovníci v denních stacionářích pravidelnou supervizi, snižuje se tím riziko vzniku syndromu vyhoření.

8.2 Cíle výzkumu

Cílem mého šetření je nejen zjistit četnost supervize v rámci denních stacionářů po České republice, ale také zmapovat samotný vztah sociálních pracovníků k ní. Dané údaje nám mohou odhalit jakou měrou má supervize vliv na předcházení syndromu vyhoření. Otázky jsou směřovány na problematiku supervize a na vybavenost sociálního pracovníka k práci v daném zařízení. V druhé části využívám již nastavený dotazník Ch. Maslachové, díky němuž mohu určit míru vyhoření u respondentů. Údaje z obou dvou částí zkompletuji a pokusím se vytvořit tak komplexní pohled na práci sociálních pracovníků v denním stacionáři.

Cílem strukturovaného rozhovoru, který je také nedílnou částí praktické části, je obohatit dané výsledky z výzkumu pohledem odborníka s dlouholetou praxí.

8.3 Metody sběru dat

Zvolila jsem dvojí typ dotazníku. V první řadě se jedná o klasický dotazník se 14-ti otázkami. Za účelem získání co nejpřesnějších dat jsem použila otevřené, polootevřené, tak i uzavřené otázky. Výhodou této metody je držení si odstupů od zkoumaných jevů a tím zajištění nestrannosti.

Druhý dotazník je již vytvořený koncept Christiny Maslachové a Ayali Pinesové. Jedná se o test „Tedium Measure“, který má za úkol vyhodnotit, zda je respondent ohrožen syndromem vyhoření, či nikoli. Jde o zaškrťovací škálový test. Jako doplňující metodu jsem zvolila strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami s vybraným odborníkem.

8.4 Dotazníkové šetření

V prvé řadě je nutné popsat cílovou skupinu, na kterou jsem zaměřila své dotazníkové šetření. Zvolenými respondenty jsou sociální pracovníci denních stacionářů. Ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) jsem dle databáze vyhledala registrované denní stacionáře ve vybraných krajích České republiky. Oslovování respondentů probíhalo formou osobního kontaktu, telefonátů, mailu či poštou.

Po písemné konzultaci s pracovníkem MPSV, jsem si z registru poskytovatelů služeb nechala vytisknout denní stacionáře ve 12-ti krajích. Z důvodu počtu zařízení a náročnosti při získávání dat, jsem vynechala Moravskoslezský a Pardubický kraj. Bylo osloveno celkem 75 zařízení. V rámci předjednání o vyplnění dotazníku odmítlo 17 zařízení.

Důvody byly tyto:

- nástup nové zaměstnankyně a tedy její nedostatečné zkušenosti v pozici sociálního pracovníka v daném zařízení,
- služba je sice registrována, ale uživatelé nedochází (cca 6 zařízení),
- sociální pracovníci nemají časovou kapacitu pro vyplnění.

Během sjednávání spolupráce s organizacemi, nebylo často jasné, kdo ze zaměstnanců je kompetentní pro vyplnění dotazníku. V některých případech nestačil pouze souhlas vedoucího denního stacionáře, či koordinátora služby. Muselo dojít ke schválení ředitelem či ředitelkou zařízení. Počet respondentů tedy klesl na 58. Návratnost činila 60 %. Z provozních důvodů mi většina zařízení oznámila, že dotazník vyplní pouze jeden zaměstnanec, a to ve vedoucí funkci.

8.5 Interpretace získaných výsledků dotazníku

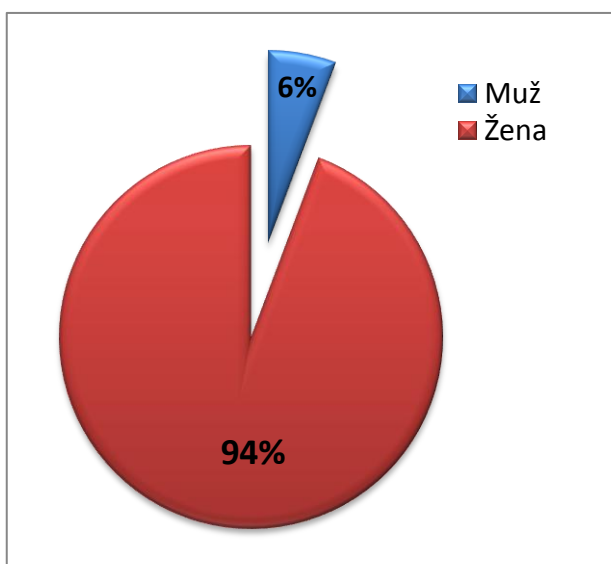
Do úvodu dotazníku jsem zařadila demografické údaje, především proto, abychom si ujasnili, kdo vlastně v zařízení denního stacionáře nejčastěji pracuje. Jedná se o údaje věnující se dosaženého vzdělání, pohlaví, věku, či délky praxe.

I. ČÁST DOTAZNÍKU

Demografické údaje:

a) Pohlaví

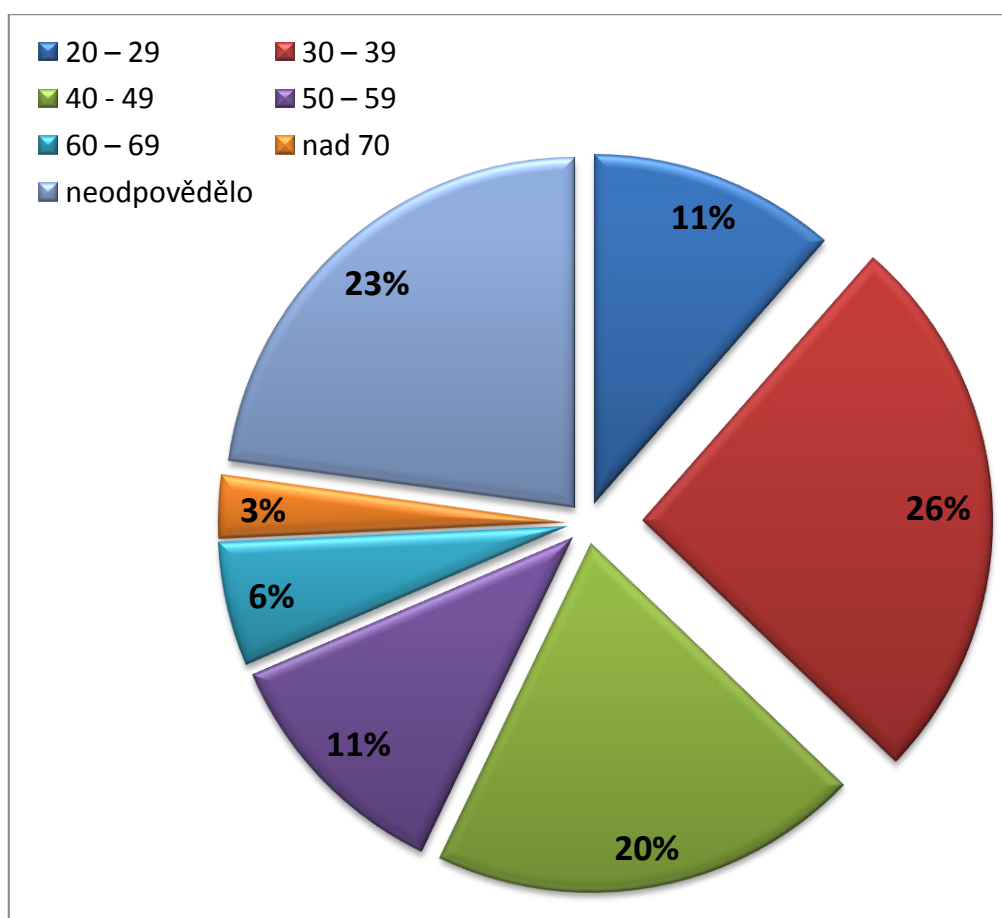
Graf č. 1 Zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření



Jak vidíme, v této profesi převládá převážně ženské pohlaví. Mohli bychom polemizovat o tom, z jakého důvodu nepracuje v této oblasti více mužů. Troufnu si říci, že stěžejní faktor, proč muži v denním stacionáři chybí, nebo obecně v sociálních službách, je především nedostatečné finanční ohodnocení. To by však mohlo být podnětem dalšího šetření.

b) Věk

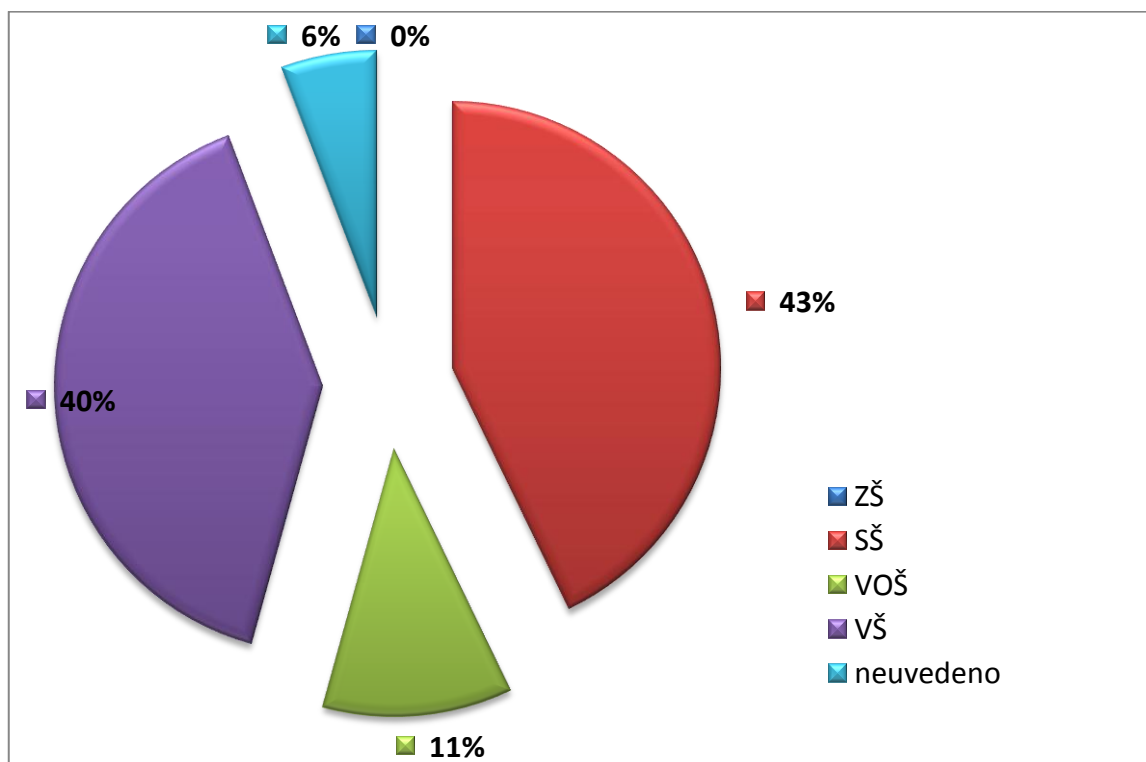
Graf č. 2 Věk respondentů



Graf nám ukazuje, že nejčastěji pracují v zařízení denního stacionáře sociální pracovníci ve věku 30 až 39 let. Velice mne zaujalo jedno z pražských zařízení, kde byl uveden nejvyšší věk sociálního pracovníka 70 let.

c) Dovršené vzdělání

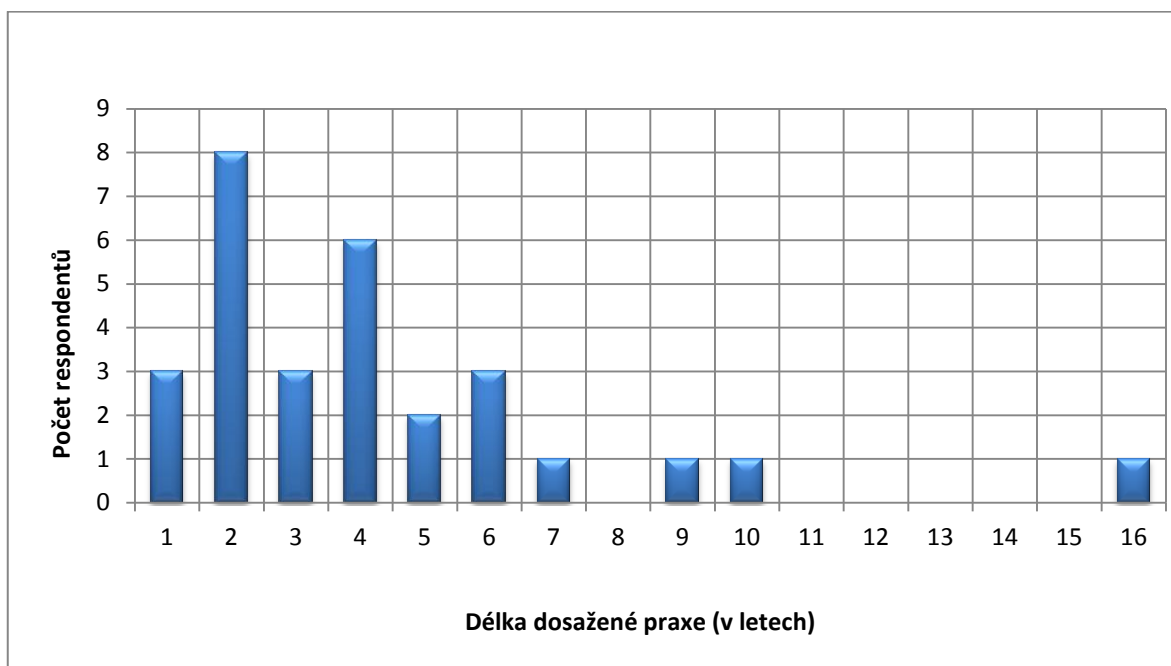
Graf č. 3 Rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání



Výsledky vypovídají o tom, že v denních stacionářích pracuje nejvíce osob se středním vzděláním. Pokud se podíváme, jaké je rozvrstvení dosaženého vzdělání v rámci krajů, vysokoškolské vzdělání mají nejčastěji sociální pracovníci v Praze.

d) Délka praxe

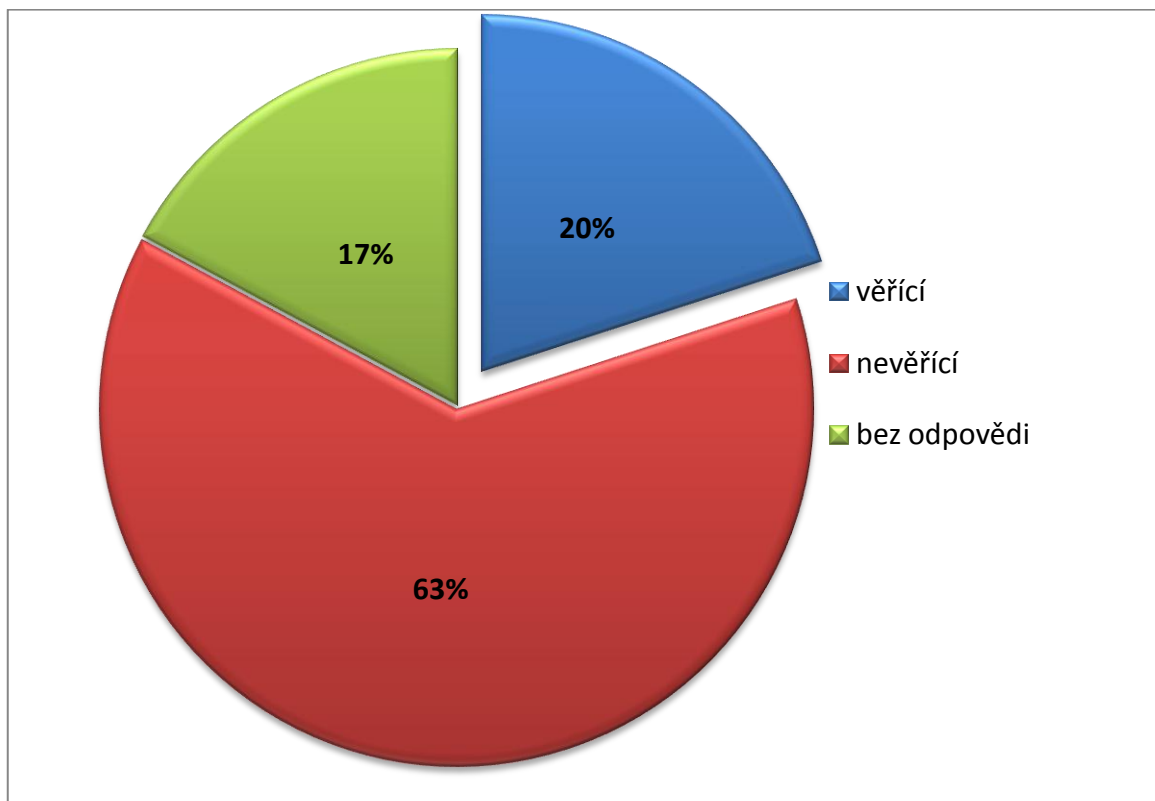
Graf č. 4 Délka uváděné praxe



Tento údaj je významným ukazatelem v tématu syndromu vyhoření. Je součástí mé první hypotézy, která zohledňuje délku praxe jako možný faktor vzniku syndromu vyhoření. Pokud bychom chtěli vytáhnout z výsledku to podstatné, praxi do 5 let má celkem 64 % respondentů. Další kategorie jsou zastoupeny jen v malém měřítku. Graf nám ukazuje zajímavou hodnotu v podobě 16 let praxe, kterou uvedl jeden z respondentů. Rozhovor s tímto respondentem by nám mohl poukázat na mnohé zkušenosti a rady jak profesionálně růst a vydržet v této pomáhající profesi co nejdéle.

e) Náboženské vyznání

Graf č. 5 Rozdělení podle náboženského vyznání

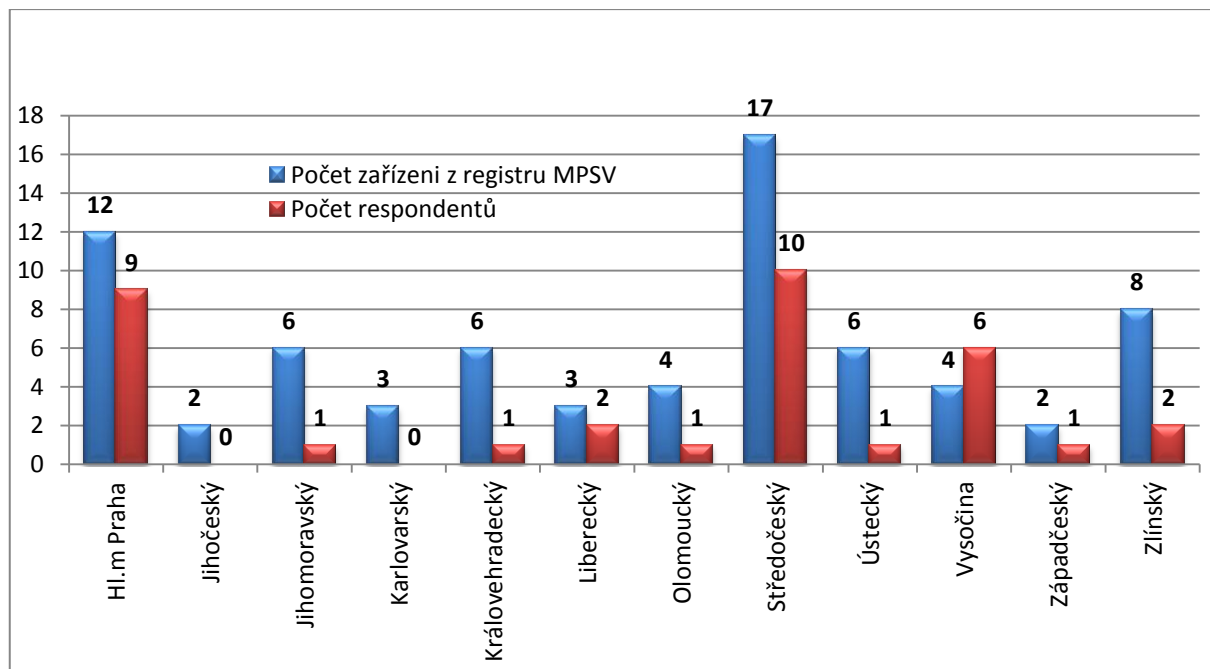


Jelikož jsem studentkou Husitské teologické fakulty a je mi oblast náboženství blízká, zařadila jsem do výzkumné části i tento aspekt, tedy víru, kterou dále rozvíjím v následujících otázkách. Z řad samotných respondentů jsem dostala zajímavé podněty. V jednom případě nerozuměl respondent zadané otázce a sám mi uvedl, jak vnímá svou víru. Uvědomuji si, že otázka mohla být formulována přesněji. Data nám vyhodnotila danou otázku tak, že 63% respondentů je bez náboženského vyznání. Šlo mi především o zmapování toho, kdo se hlásí k určité církvi, či náboženské společnosti. Ty s sebou nesou určitý řád a systém a z mého pohledu i jakýsi větší prostor pro rozvoj duchovní stránky člověka.

Dotazníkové otázky a jejich vyhodnocení:

1. V jakém kraji sídlí Vaše zařízení?

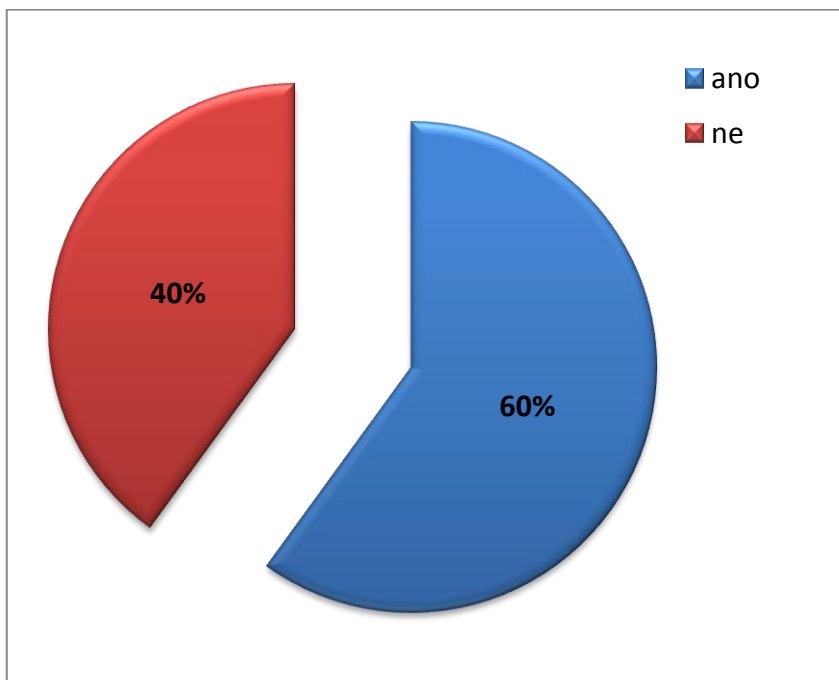
Graf č. 6 Rozdělení zařízení podle krajů



Komunikovala jsem se zařízeními 12-ti krajů České republiky. Nejvíce zařízení tohoto typu nalezneme v hlavním městě Praze a dále ve Středočeském kraji. Uvádím zde pouze registrovaná zařízení. Existují i zařízení, která si registraci nevyřídila, či jim nebyla udělena, a přesto fungují. Kolik takových zařízení v ČR existuje, mi není známo.

2. Máte ve Vašem zařízení pravidelnou supervizi?

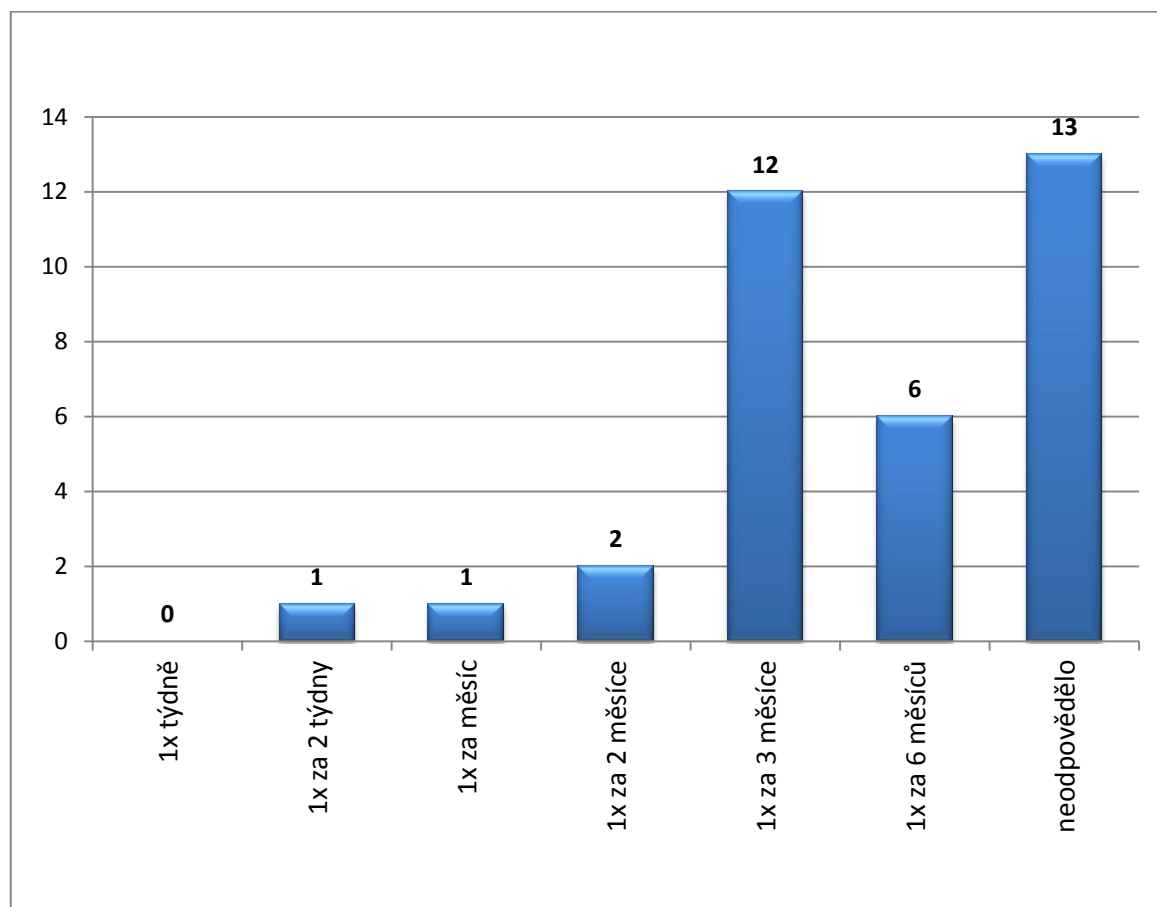
Graf č. 7 Konání pravidelné supervize



Tato čísla se zdají být pozitivní. Šedesát procent respondentů uvádí, že se v jejich zařízení supervize pravidelně koná. Pokud si však uvědomíme, jak podstatnou úlohu může tento nástroj mít v prevenci syndromu vyhoření, jsou tato čísla nízká. Někteří z respondentů ze své iniciativy uvedli, že mají supervizi na vyžádání. V kontextu standardu 10e dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., který zavazuje poskytovatele služeb zajistit svému zaměstnanci podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka, jsou však tato čísla stále nedostatečná.

3. Jak často máte supervizi?

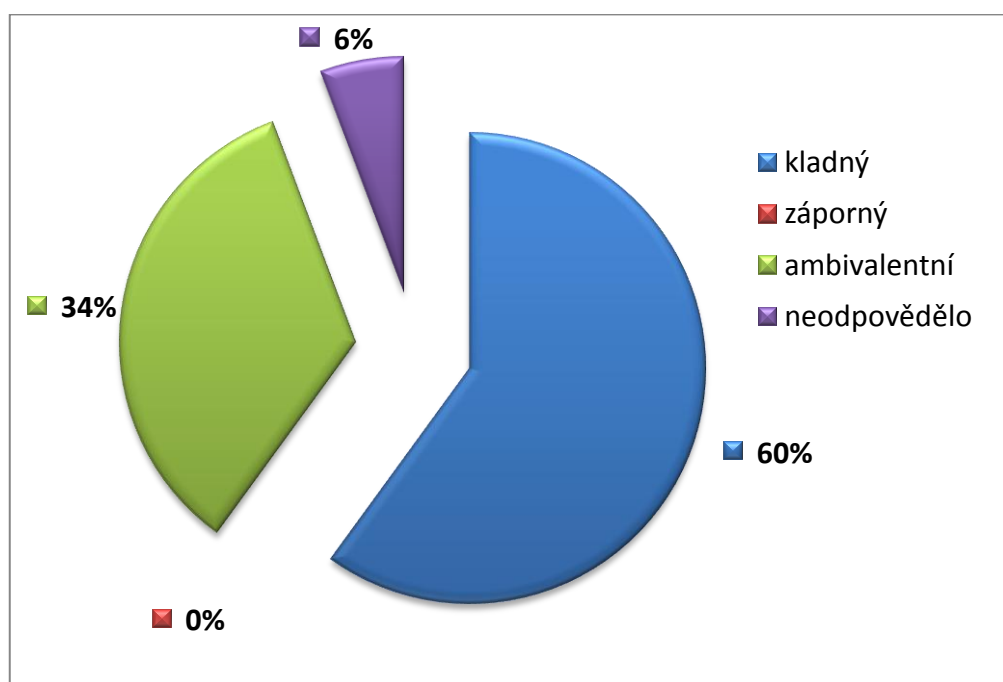
Graf č. 8 Četnost supervize



Frekvenci supervize 1x za 3 měsíce zvolilo 34% dotazovaných. Tato odpověď byla zapsána samotnými respondenty v kolonce „jiné“. Jeden z důvodů toho, jak časté jsou supervize, může být její finanční náročnost. Hodina skupinové supervize se může pohybovat v částce okolo 900-1500,-Kč i výše. Tyto částky nejsou závazné a vždy záleží na tom, přes jakou organizaci či jaký supervizor je najímán. Pravidelná supervize umožní nejen si vybudovat vztah se supervizorem, ale především mapovat práci svou, ale také práci kolegů, z níž se můžeme také učit. Na druhém místě se umístila frekvence 1x za 6 měsíců. Poměrně velká část respondentů se k této otázce nevyjádřila.

4. Jaký máte vztah k supervizi?

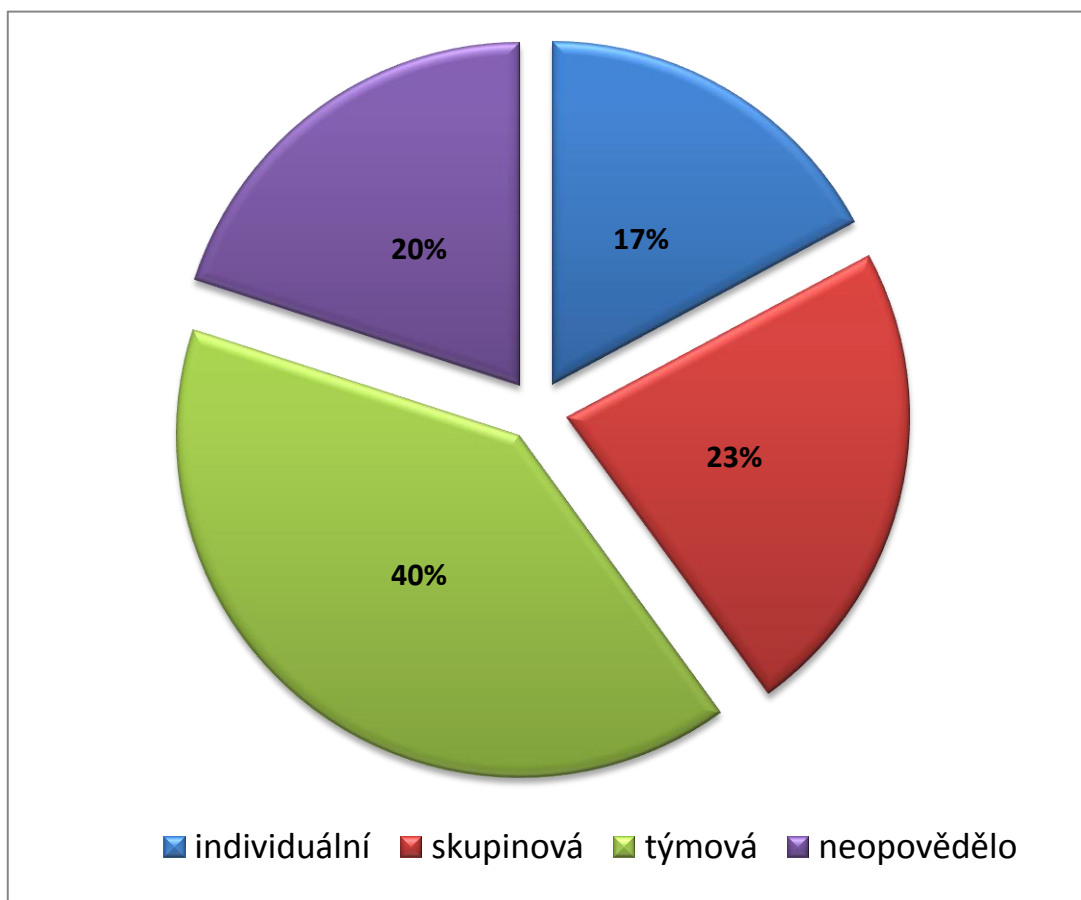
Graf č. 9 Vztah sociálních pracovníků k supervizi



Tuto otázku jsem do dotazníku zvolila proto, že i když organizace může pro svého pracovníka zprostředkovat mnohé ve smyslu supervize nebo dalšího vzdělávání, je jen na samotném pracovníkovi, zda to vnímá jako přínos či ztrátu času. Je zajímavé, že bezmála všichni se nějakým způsobem vyjádřili k tomu, jak vnímají supervizi. Ti, kteří supervizi pravidelně mají, ji ve většině hodnotí kladně. To znamená, že pouze 4 z kladně hodnotících berou supervizi z ambivalentního pohledu. Velmi pozitivní je, že nikdo z dotazovaných nemá k supervizi záporný vztah. Pokud se podíváme na respondenty, kteří pravidelnou supervizi nemají, je jejich vztah vůči supervizi rozdělen přibližně na půlku, první jí hodnotí kladně a druhá jí vnímá ambivalentně.

5. Jaký druh supervize preferujete Vy?

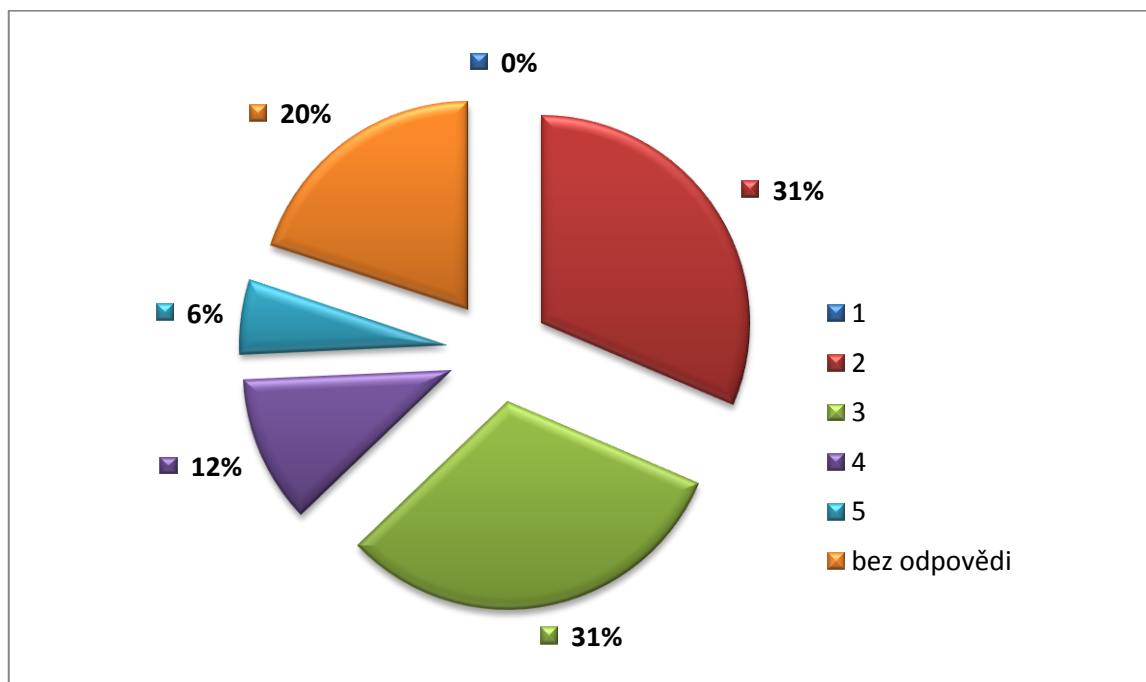
Graf č. 10 Preference typu supervize



Zde by bylo záhodno zjistit, z jakého důvodu byl preferován ten či onen druh supervize. To jsem však v první chvíli tvorby dotazníku nepovažovala za nutné. Hodnoty nám ukazují, že nejčastěji požadovanou formou by byla supervize týmová a posléze skupinová. Celkem tak volilo 63% respondentů. Vzhledem k tomu, že je úloha týmu v této profesi jedna z nejdůležitějších faktorů úspěšného vedení stacionáře, jsou tato čísla uspokojivá. Každý člověk má jiné potřeby a s ohledem na náročnost práce je pochopitelné, že jsou v některých případech zapotřebí i individuální supervize. Tu preferovalo 17% dotazovaných.

6. Jakou měrou může pravidelná supervize podle Vás zabránit syndromu vyhoření? (zaškrtněte jako stupnici ve škole)

Graf č. 11 Může supervize zabránit syndromu vyhoření



Otázka č. 2 nám odhalila, že 60% respondentů se účastní pravidelné supervize. K této otázce se vyjádřilo 80% všech respondentů. Pravidelná supervize, jako prostředek předcházení syndromu vyhoření, je hodnocena známkami „chvalitebná“ a „dobrá“, a to stejným podílem. Nikdo nevnímá supervizi známkou 1 tedy „výbornou“, 6% dotazovaných si myslí, že supervize nemůže zabránit vyhoření. Tato čísla poukazují na to, že supervize je vnímána jako hodnotný nástroj sociální práce.

7. Domníváte se, že počet zaměstnanců ve Vašem denním stacionáři je dostatečný?

Tabulka č. 1 Dostatečný počet personálu v zařízeních denního stacionáře

ano	77%
ne	20%
nedopovědělo	3%

Jak nám údaje ukazují, ve většině zařízení je dostatečné množství zaměstnanců. Nehrozí tedy jejich nadměrné přetěžování. Asi ve dvou případech mi sami respondenti řekli, že je v zařízení nedostatečné množství zaměstnanců, a tudíž oni sami nezvládají svou činnost ve chvíli, kdy je v zařízení více seniorů s demencí. V těchto případech je situace velmi nešťastně řešena především ze strany vedení zařízení. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že nezáleží na tom, kolik uživatelů do zařízení dochází, ale na jejich funkčním stavu.

8. Má Vaše zařízení denně naplněnou kapacitu?

Tabulka č. 2 Denní kapacita zařízení

ano	14%
ne	83%
nedopovědělo	3%

Některá zařízení uvedla, že na základě nedostatečného množství uživatelů nemají z provozních důvodů, otevřeno. 83% dotazovaných odpovědělo, že v jejich zařízení není denně naplněna kapacita. Je důležité si uvědomit, že to, zda je stacionář kapacitně vytížen, může být do určité míry ovlivněno ročním obdobím. Obecně lze říci, že v zimě do stacionáře dochází méně seniorů, a to především z důvodu počasí, obav z pádu, nachladnutí či z brzkého stmívání. V létě je většinou kapacita více naplněna. Jedním z důvodů může být také to, že rodina uživatele zajistí na dva dny v týdnu službu pro svého rodinného příslušníka, neboť mu chtějí zajistit společnost vrstevníků a sami si od péče odpočinout. Toto uvádím pouze ze zkušenosti z našeho zařízení. Z komunikace s jinými zařízeními vyplývá to, že není tak podstatný počet denně přichozích uživatelů, ale především jejich zdravotní stav, potřeby a míra pomoci, kterou vyžadují. To by se mohlo nejvíce odrážet v celkové únavě personálu.

9. Vyberte 3 základní vlastnosti, které musí mít, podle Vás, profesionál pracující se seniory s demencí.

Tabulka č. 3 Nejpodstatnější vlastnosti sociálního pracovníka denního stacionáře

trpělivost 94 %	zásadovost 3 %	neangažovanost 0 %
empatie 74 %	idealismus 3 %	rigidita 0 %
klidnost 48 %	cílevědomost 6 %	
přátelskost 14 %	senzitivita 9 %	

Dané možnosti byly vybrány i v kontextu s druhou částí výzkumné metody. Tedy testu, který mapuje ohrožení vyhořením. Volila jsem vlastnosti, které mohou k syndromu vyhoření vést. To se také v některých případech prokázalo. Škála odpovědí obsahovala jak ty stěžejní vlastnosti (tím jsou myšleny trpělivost, empatie a klidnost) tak i nevhodné vlastnosti. Ve většině případů se setkáváme s nejlepší možnou variací, kterou je soubor již zmiňovaných vlastností: empatie, trpělivost a klidnost (34%). Nejdůležitější vlastnost, trpělivost uvedli všichni, kteří odpovídali, tedy 94% respondentů. Jako druhou uvedli v 74% empatii a klidnost zde byla zastoupena 48%. Velmi zajímavé zjištění byla hodnota obětavosti v 17% a přátelskosti 14%. V malém zastoupení se objevují vlastnosti jako idealismus, zásadovost, senzitivita, cílevědomost.

10. Co Vás na práci v denním stacionáři nejvíce zaskočilo?

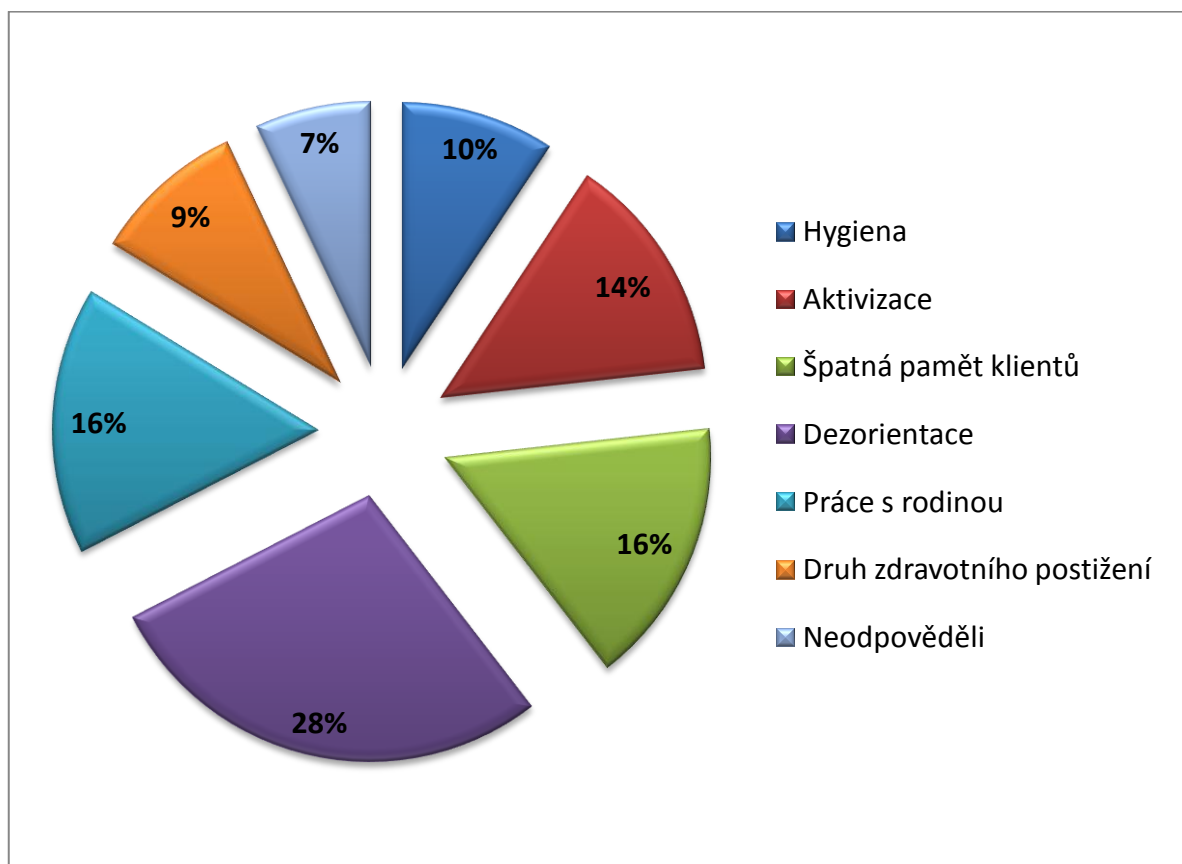
Tabulka č. 4 Činnosti, které respondenti neočekávali

nic 31%	náročnost práce s lidmi s demencí 3%
pasivita klienta 11%	vysoké osobní nasazení a stálá kreativita 3%
neodpovědělo 11%	nutná trpělivost 3%
výrazná změna zdravotního stavu 11%	nadšení klientů 3%
špatná paměť 3%	chování klientů 3%
obměna uživatelů 3%	organizace práce 3%
různý zdravotní stav 3%	neochota rodinných příslušníků 3%
slevit z očekávání a přizpůsobit činnost 3%	

Tato otevřená otázka je nahlédnutím do náročnosti samotné práce s lidmi seniorského věku, kteří pozbývají určitou míru soběstačnosti. Třicet jedna procent respondentům v jejich práci nic nezaskočilo a se vším počítali. Stejně po 11% dotazovaných uvedlo výraznou změnu zdravotního stavu a pasivitu klienta. Tři procenta dotazovaných překvapilo vysoké osobní nasazení a stálá kreativita. Další odpovědi byly například chování klientů, náročnost práce s lidmi se demencí, nutnost slevit ze svých očekávání, neochota rodinných příslušníků, špatná organizace práce nebo nutná trpělivost a špatná paměť uživatelů. K těmto možnostem se hlásily také 3% respondentů. Zmíním jeden z důležitých faktů, který tu zazněl, a tím je vysoká míra obměny uživatelů. Důvody mohou být různé, nejčastějším je odchod do pobytového zařízení či smrt uživatele. Otázka smrti, která je většinou nejčastějším důvodem ukončení služby, je jednou ze zásadních otázek, s níž by každý sociální pracovník měl být vyrovnaný.

11. Co je dle Vás nejnáročnější v péči o seniora ve Vašem zařízení?

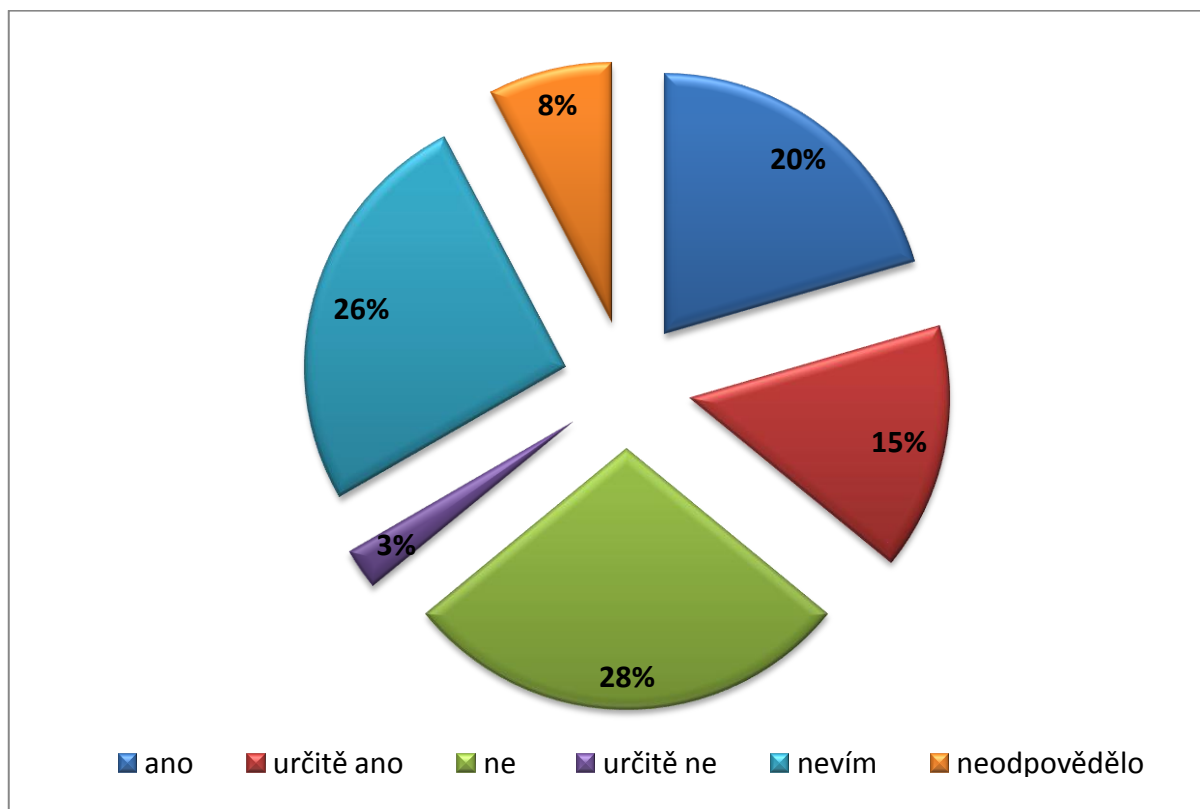
Graf č. 12 Nejnáročnější činnost v rámci pracovní náplně



Jako nejnáročnější součást své práce hodnotili respondenti dezorientaci uživatele služby, a to 28%. Shodně 16% dotazovaných vnímá za nejnáročnější špatnou paměť uživatelů či práci s rodinou. Hned následně je pro sociální pracovníky náročná aktivizace, kterou uvedlo 14% dotazovaných. Samotná aktivizace, která je jedna z nejtěžejnějších činností není tou nejtěžší složkou v péči. Jde především o to, vybrat a přizpůsobit danou aktivitu stavu uživatelů. Pokud se ve stacionáři nacházejí uživatelé různého stupně demence nebo jinak závažného zdravotního stavu a potřebují tudíž určitý rozsah dopomoci, může být vytvoření vhodného programu pro všechny uživatele náročné. Pro kvalitní práci je nutné mít dostatečné množství personálu. Toto bylo součástí otázky číslo 7. U deseti procent respondentů bylo uvedeno jako nejnáročnější hygiena. Různé typy zdravotního postižení při práci s uživateli je náročné pro 9% dotazovaných.

12. Domníváte se, že věřící člověk, ve smyslu víry v Boha, je lépe ochráněn před syndromem vyhoření?

Graf č. 13 Je věřící člověk lépe chráněn proti syndromu vyhoření



Dané výsledky nám poukazují na to, že 28% dotazovaných si myslí, že je víra v Boha nemůže lépe ochránit před vznikem syndromu vyhoření. Jeden respondent uvedl, že určitě ne. Prakticky třetina respondentů, tedy 26%, odpovědělo, že neví, zda víra v Boha lépe ochrání před vyhasnutím. Ve dvou případech se dotazovaní přiklání k úsudku, že jednoznačně víra v Boha má tu možnost lépe chránit a 20% dotazovaných se shodlo na tvrzení ano. Nadpoloviční většina věřících respondentů tedy uvedla odpověď ne či nevím.

13. Kompenzujete stres v zaměstnání i mimopracovními aktivitami? Pokud ano pak jakými?

Tabulka č. 5 Kompenzace stresu zaměstnání mimopracovními aktivitami

ano	80%
ne	14%
nedopovědělo	6%

Osmdesát procent respondentů uvedlo, že se ve svém volném čase věnují činnostem vyrovnávající stres ze zaměstnání. V případě, že dotazovaní odpověděli kladně, byli dále dotázáni na konkrétní aktivitu. Tou nejčastější je sport, a to v 37%. Dvacet procent respondentů určilo na stejné úrovni posezení s přáteli, turistiku či četbu. Mezi další činnosti bylo zařazeno například malování, ruční práce, starost o zvířata, psaní deníku či tanec. Zajímavostí byl jeden dotazník, kde daný respondent uvedl jako kompenzaci stresu další práci v neziskové organizaci.

14. Na co kladete největší důraz v rámci prevence syndromu vyhoření?(označte max. 3)

Tabulka č. 6 Nástroje prevence syndromu vyhoření dle volby respondentů

smysluplnou činnost 57%	daná pracovní doba 20%	pochvala, uznání, ocenění 3%
rodinné zázemí 45%	pravidelná školení 9%	pravidelná změna práce, pozice 3%
hobby 42%	další vzdělávání 9%	
supervize 23%	týmová práce, dobrý kolektiv 9%	
porady 23%		

Tato otázka odráží subjektivní vnímání sociální práce v oblasti prevence syndromu vyhoření. Škála možných odpovědí byla velmi široká. Základem prevence syndromu vyhoření je pro 57 % respondentů vykonávání smysluplné činnosti. Poté je důležitou složkou rodinné zázemí, to zvolilo 45 %, dále hobby 42%. Bezmála na stejné úrovni 20 – 23% se dostaly možnosti - daná pracovní doba, porady či supervize. Do nabídky „jiné“, kde mohli sociální pracovníci vepsat to, co jsem v nabídce neuvedla, byla uvedena řada zajímavých podnětů. Pro některé je důležitým nástrojem prevence dobrý kolektiv, pravidelná obměna pozice či práce nebo ocenění.

II. ČÁST DOTAZNÍKU – test „Tedium Measure“

Vyhodnocení testu „Tedium Measure“ má svá daná pravidla. Nejprve je potřebné sečíst zvlášť hodnoty otázek A a otázek B. Poté od čísla 32 odečítáme součet B a k tomu přičteme hodnotu součtu A. Toto číslo dále vydělíme 21. Výsledek jsem zaokrouhlila na jedno desetinné místo. Na základě výsledků z uvedeného vzorce jsou vymezeny 3 skupiny:⁸⁴

1. skupina

Rozmezí hodnot 2 až 3 – toto rozmezí hodnot poukazuje na to, že vše je v normě. Sociální pracovníci se neocitají v hranici ohrožení syndromem vyhoření.

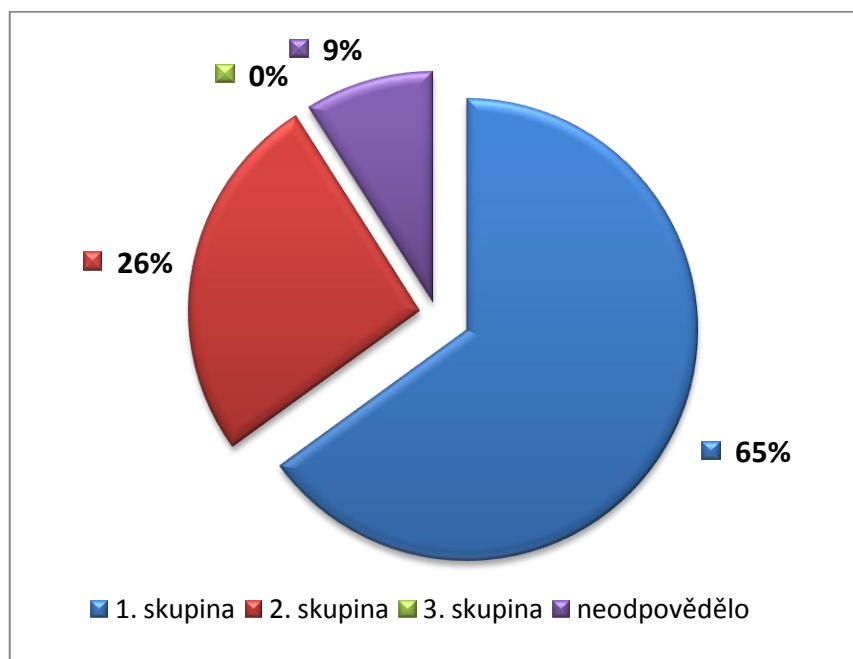
2. skupina

Rozmezí hodnot 3 až 4 – tyto hodnoty nás upozorňují na jisté „znehucení“ sociálních pracovníků. Bylo by tedy dobré, zařadit určitá opatření, abychom zabránili vzniku syndromu vyhoření.

3. skupina

Rozmezí hodnot 5 a více – pokud výsledek testu vyjde 5 či více, poukazuje to již na vzrůstající krizi. Bylo by na místě vyhledat odborníka.

Graf č. 14 Vyhodnocení testu



1. skupina 65%

2. skupina 26%

3. skupina 0%

neodpovědělo 9%

⁸⁴STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010, s. 27-28.

výsledky testu:

Vyhodnocení testu hovoří o tom, že téměř dvě třetiny respondentů se pohybují ve zdravém rozmezí mezi hodnotami 2 až 3. Čtvrtina dotazovaných však hodnotu 3 překročila a objevila se v druhém rozmezí. To upozorňuje na jistou míru „znehucení“ a doporučuje se zavedení určitých opatření zabraňující propuknutí syndromu vyhoření. U žádného respondenta nedošlo k tomu, aby překročil hodnotu 5 (vzrůstající krizi).

Z demografických údajů nám vychází toto. U první skupiny činí dle aritmetického průměru délka praxe 4 roky. Pro zajímavost byla jako nejdelší uvedena praxe sociálního pracovníka v denním stacionáři v délce 16 let. Věk sociálních pracovníků je v rozmezí 24 až 70 let. Početně převládají ženy nad muži (22:1). V rámci vzdělání uvedla většina dotazovaných středoškolské vzdělání poté vysokoškolské vzdělání a pouze 3 respondenti uvedli vyšší odborné vzdělání. S ohledem na náboženskou příslušnost je v první skupině zastoupeno 18% věřících.

Druhou skupinu (mírné „znehucení“) zastupuje jeden muž a 8 žen. Délka praxe je zprůměrována na 3,5 roku. Věk se pohybuje v rozmezí od 32 do 48 let. V oblasti dosaženého vzdělání nepřevládá konkrétní typ školy. V této ohrožené skupině se nalézá jeden věřící respondent.

Nyní se zaměřím na jednotlivé otázky, které v porovnání s „testem“, pro nás mají vypovídací hodnotu. Vyberu pouze některé z nich, zaměřím se na otázky č. 2 (Máte ve Vašem zařízení pravidelnou supervizi?), č. 4 (Jaký máte vztah k supervizi?) a č. 6. (Jakou měrou může pravidelná supervize podle Vás zabránit syndromu vyhoření?).

Je zajímavé vyhodnotit, kolik pracovníků, kteří se nacházejí v první skupině (která je v normě) má pravidelnou supervizi. Vyšlo nám, že 65% z první skupiny má pravidelnou supervizi ve svém zaměstnání. Pokud se zaměříme na druhou skupinu, tedy ty, u kterých bylo naměřené rozmezí 3 až 4, zde je pravidelná supervize u 55% případů. Většina z druhé skupiny má k supervizi kladný vztah. Pouze ve dvou případech jí vnímají neutrálně. Pokud přihlídneme k tomu, jak oni sami hodnotí její význam v rámci prevence, označili ji známkou 3. Jedním z faktorů, které mohou vést k vyhoření, je nadměrné přetěžování. Z předchozího dotazníku vyplývá, že pouze u 22% dotazovaných z druhé skupiny může hrát roli nedostatečné personální obsazení. Jestliže dáme do souvislosti pracovníky, zařazené do 2. skupiny s tím, jak odpovídali na otázku číslo 9, vyjdou nám následující údaje. Tázali jsme se, jaké tři základní vlastnosti musí mít sociální pracovník, který pečuje o seniory s demencí. Nejčastěji se objevovali vlastnosti jako obětavost, zásadovost, cílevědomost.

V kontextu toho, jestli si respondenti myslí, že víra v Boha může lépe chránit před syndromem vyhoření, jsme již napsali, že kromě jednoho respondenta jsou ve druhé skupině osoby bez náboženského vyznání. Na otázku, zda víra v Boha může snížit riziko syndromu vyhoření, odpovídali nejčastěji možností „nevím“. K otázce číslo 13 se většina vyjádřila, že kompenzují stres mimopracovními aktivitami, mezi které řadí převážně procházky do přírody, spánek, tanec. K nejpodstatnějším nástrojům prevence řadí skupina 2 především smysluplnou činnost, supervize a porady.

VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

Pro vyhodnocení první hypotézy jsem využila následující postup. Víme, že v rámci celého výzkumného vzorku je 20 % věřících. Pouze jeden byl součástí druhé, tedy „ohrožené“ skupiny. Naproti tomu nevěřících (tedy bez náboženského vyznání) je 63% a v druhé skupině představovali většinu. Procentuálně se dostaneme na poměr 11% ku 89%. Jak je uvedeno, délka praxe u věřících sociálních pracovníků nehraje roli. Pokud se však podíváme na skupinu nevěřících, tady už je délka praxe docela stěžejním faktorem. Pohybujeme se rozmezí 2 až 9 let praxe. Tyto údaje určují, že můžeme hypotézu považovat za potvrzenou. Znamená to tedy, že věřící, bez ohledu na délku praxe mají snížené riziko vzniku syndromu vyhoření, naproti tomu u sociálních pracovníků bez náboženského vyznání s rostoucí délkou praxe, roste i riziko syndromu vyhoření. První hypotéza se tedy potvrdila.

Nyní přejdeme ke druhé stanovené hypotéze. Jestliže budeme vyhodnocovat zvlášť první a druhou skupinu, která vzešla z druhé části dotazníku, dospějeme k závěru, že 65% těch, kteří se objevili v první skupině, tedy v normě, mají pravidelnou supervizi. Naproti tomu ve druhé skupině mělo supervizi jen 55% dotazovaných. Z těchto čísel můžeme usuzovat, že se nám hypotéza taktéž potvrdila. Vztáhneme-li však hypotézu na všechny respondenty, bez ohledu na to, k jaké skupině patří, 60% respondentů uvedlo, že v jejich zařízení pravidelná supervize probíhá, tedy z tohoto počtu dotazovaných je dokonce 81% v normě. Z těchto údajů taktéž jednoznačně vyplývá, že pokud mají sociální pracovníci v denních stacionářích pravidelnou supervizi, snižuje se tím riziko vzniku syndromu vyhoření. Hypotéza se nám tedy potvrdila i z tohoto úhlu pohledu.

8.6 Strukturovaný rozhovor s vybraným odborníkem

Pro rozšíření mé práce jsem zvolila metodu strukturovaného rozhovoru. Ten jsem měla možnost uskutečnit s Mgr. Martou Jeklovou. Vystudovala Univerzitu Karlovu v Praze, konkrétně Filozofickou Fakultu. Je absolventkou výcviku supervize, manažerských dovedností, řízení týmu. V oblasti supervize se vzdělávala i v zahraničí, konkrétně v Rakousku, kde získala osvědčení u rakouského supervizora. Mnoho let se pohybuje v sociálních službách jako metodička, kurátorka, supervizorka aj. Mimo jiné též vyučuje sociální politiku a sociální práci na VOŠ a na Univerzitě Karlově v Praze.

Setkání bylo osobně dojednáno a uskutečnilo se v prostorách Domova pro seniory na Praze 6. Rozhovor byl na základě souhlasu nahráván a odpovědi jsou citací z rozhovoru.

1. Ve své diplomové práci se věnuji problematice supervize a syndromu vyhoření. Jak Vy s ohledem na Vaši dlouholetou praxi definujete právě pojem SUPERVIZE?

„V první řadě bych chtěla říci, že definice obecně nemám ráda. Ze svých dlouholetých zkušeností vnímám supervizi jako pomoc. Pomoc pracovníkům v pomáhajících profesích tedy všem pracovníkům v sociálních službách.“

2. Vyhláška č. 505/2006 Sb. určuje povinnost zaměstnavatelů zajišťovat svým zaměstnancům pravidelnou supervizi. Jedná se konkrétně o standard č. 10e. Jedna z otázek, kterou jsem položila v rámci svého dotazníkového šetření, se věnovala právě pravidelné supervizi. Z výsledků vyplývá, že pouze 60% respondentů má pravidelnou supervizi. Čím si to vysvětlujete?

„Ze své zkušenosti se jedná hlavně o neznalost pojmu supervize, nevědomost o tom, co vše to obnáší a především strach jak zaměstnavatelů, tak i zaměstnanců. Je to zřejmě zapříčiněno také určitými mýty o supervizi. O této problematice se málo hovoří. Nepropaguje se to na úrovni managementu nebo na úrovni pracovníků. Důvodem mohou být též špatné zkušenosti s vedením supervize, se samotným supervizorem nebo nebylo v rámci supervize vytvořené dostatečně bezpečné prostředí.“

3. Když si uvědomíme, že zákon o sociálních službách je v platnosti od roku 2007 a obecně supervize je vyzdvihována v mnoha oborech a publikacích, je možné vidět posun nazírání či vnímání na tuto formu pomoci v sociální oblasti?

„Velký posun na nazírání a přínos supervize vidím především v nestátním sektoru, opakem velmi malého posunu zase přisuzuji sektoru státnímu“.

4. Jednu z dalších otázek, které jsem ve svém dotazníku uvedla, jsem zaměřila na četnost supervize. Tedy, jak často supervizi ve svém zařízení sociální pracovníci mají. Nejčastějším modelem byla forma supervize jedenkrát za 3 měsíce. Můžete Vy z pohledu supervizora na tato data reagovat, popřípadě říci, jakou četnost byste volila a z jakého důvodu?

„Pravidelnost u supervize je velice zásadní. Jedno supervizní sezení mi nemůže pomoci, neboť je potřebná určitá soustavnost. Když se na to podíváme z pohledu psychoterapeuta, jedná se částečně o psychoterapeutické sezení. Jestliže se tedy chci uzdravit tak to neznamena, že supervizi budu absolvovat nárazově, když mne potká nějaký atak či aktuální potřeba. Ta soustavnost je tam důležitá. Ideálně bych viděla četnost 1x měsíčně. A to především na počátku, než se vytvoří dobrý tým, protože na tom by se měla supervize opřít. Pak eventuálně 1x za 2 měsíce. Záleží na mnoha ohledech, jak se to vytvoří, jaká je tam atmosféra a jak se všechny složky zapojí, a zda chtějí. Záleží též na tom, zda se jedná o nové zařízení či nikoli. Jde o vytvoření týmů a bezpečného prostoru.“

5. Lze na konkrétní zařízení, v tomto případě na zařízení denního stacionáře, stanovit nejvhodnější typ supervize?

„Podle vlastního nastavení a profesních a osobních zkušeností vnímám za velmi důležitou skupinovou supervizi. Tím, že jsem praktik, mám skupinovou supervizi nejraději. Myslím si, že všechny typy supervize slouží k pomoci. Poskytnutí individuální supervize záleží na konkrétním nastavení pracovníka (nemá zkušenost se supervizí, vlastní ostych, zábrany). S ohledem na týmovou, skupinovou nebo případovou práci v denních stacionářích bych preferovala skupinovou supervizi.“

6. Jak se podle Vaší zkušenosti staví organizace k supervizi?

„Co já mám zkušenosti tak státní zařízení (mluvím zde za Prahu) se k supervizi staví více negativně.“

7. Vnímáte supervizi jako stěžejní nástroj prevence syndromu vyhoření?

„Jako vše ani supervize není všemocná. Jde o souhrn mnoha kombinací jako vzdělávání, postoj zaměstnavatelů jaké vytváří pracovní podmínky. Nelze jí dávat měřítko spásitelnosti. To rozhodně ne.“

8. V čem vidíte největší riziko vzniku syndromu vyhoření. Jde o nadměru administrativy, postoj vedení, nastavení jedince,...?

„Ze svého úhlu pohledu bych se přikláněla k tomu, jak je daný člověk v průběhu svého aktivního života opotřebováván. Za svého života jsem nikdy neprošla přímo syndromem vyhoření. Jsem člověkem všestranným, a když už jsem si uvědomovala náznaky syndromů vyhoření, tak jsem svou aktivitu rozptýlila. Je to o člověku a jeho přístupu k životu samotnému. Nebezpečí vidím v tom, dělat rutinní práci jednostranně bez kreativity, nepřijímání nových věcí.“

9. V souvislosti se svým studiem na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy v Praze jsem v rámci svých hypotéz zohlednila i aspekt náboženství. Jde o to, zda věřící člověk (bez návaznosti na délku praxe) je lépe chráněn proti syndromu vyhoření. Jak se na toto díváte s ohledem na Vaši praxi?

„Já jsem laik a nevěřící v této sféře avšak životem otřískaný člověk. Každý z nás má svou víru a je jedno jaká je. Obecně musím v něco věřit a bude mne to posouvat dál. Můj dojem je, že pracovníci, kteří se hlásí k určitému vyznání, jsou více přemýšliví a berou věci vážněji. Víra je v každém z nás a každý jsme jiný.“

10. Svůj dotazník jsem situovala do většiny krajů České republiky. Domníváte se, že Praha, jakožto hlavní město a centrum vzdělanosti, je místem, kde se lépe přijímá supervize?

„Lépe, to se nedá takto pojímat. Pracovníci mají určitě lepší dostupnost informací. Praha je opravdu městem s výbornou dostupností a dané poznatky se především v Praze zkoušejí v praxi. Vedení více otevřené k supervizi bych vnímala optimističtěji a s pokorou jinde, než v Praze. V Praze se více dělá politika a v ostatních krajích se více dělá pro lidi. I když politiku nemůžeme úplně vypustit nikde. V Praze se vnímá supervize jako samozřejmost a nijak zvlášť se o tom nepřemýšlí.“

11. Má na přijetí supervize, jako formy prevence syndromu vyhoření, vliv věk? Jakožto vycházející studenti jsme vedeni k přijímání supervize. Je nám vštěpován její význam v našem budoucím pracovním uplatnění. Je však pravdou, že i mladí studenti se domnívají, že nic podobného nepotřebují. Jak se na to díváte Vy?

„Nelze hovořit o důležitosti věku a přijímání supervize. Jde spíše o to, že lidé či spolupracovníci se nechtějí otevírat před kolegy. Jsou skeptičtější a přemýšlí o tom, proč to nejde než proč by to šlo.“

ANALÝZA STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Rozhovor s Mgr. Martou Jeklovou měl za cíl poukázat a rozvést otázky, které byly kladeny sociálním pracovníkům formou dotazníkového šetření. Data, která vzešla, bylo nutné uchopit i z jiného úhlu pohledu. Ten nám poskytl právě výše vybraný odborník věnující se této problematice.

Otázky jsou směřovány na problematiku syndromu vyhoření a supervize, jakožto nástroji prevence burn-out syndromu. Pojem supervize vnímá oslovený odborník jako pomoc, která při správném nastavení všech zúčastněných stran (zaměstnavatele, zaměstnance či daného supervizora), má z dlouhodobého hlediska pozitivní dopad. Na druhé straně nesmíme supervizi vnímat jako tu jedinou všemocnou variantu.

I přes legislativní zakotvení supervize nebo lépe řečeno pravidelné podpory nezávislého kvalifikovaného odborníka, není takto poskytovaná „pomoc“ využita v plném rozsahu. (Dotazník uvádí, že 60% respondentů má pravidelnou supervizi.) Lépe se k supervizi (podle vyjádření Mgr. Jeklové) přistupuje v nestátním sektoru. Z rozhovoru vyplývá, jako zásadní důvod, proč není pravidelná supervize zavedena v mnohých zařízeních, je neznalost pojmu a nevědomost o této komplexní péči a její přínosy. Důvodem mohou být též špatné zkušenosti s vedením supervize a neschopnost zajistit bezpečné prostředí.

Jelikož je výzkum směřován na konkrétní zařízení a tedy na sociální pracovníky, kteří pracují se seniory s různým stupněm soběstačnosti, zajímalo mne, jakou četnost a formu supervize by zde Mgr. Jeklová volila. Nejdůležitější je pro supervizi obecně pravidelnost, tu vnímá jako zásadní. Pro vybudování vzájemného vztahu supervizora se supervidovaným je přínosná supervize konající se 1x měsíčně. Poté je možné interval zúžit na 1x za 2 měsíce. V kontextu týmové práce, která je pro denní stacionáře typická, volí formu skupinové supervize.

Jak předcházet syndromu vyhoření, je souhra mnohých aspektů. Jsou jimi postoje zaměstnance, zaměstnavatele, pravidelné vzdělání apod. Je však podstatné mít stále na zřeteli, že supervize sama o sobě není všemocná.

Stěžejní důvody vzniku syndromu vyhoření vidí Mgr. Jeklová v rutinně, v přístupu bez kreativity.

V případě odpovědi na otázku: „Zda může víra v Boha lépe ochránit před syndromem vyhořením?“ mi bylo sděleno, že každý má svou víru. Konkrétně jsme se však nedobrali jednoznačné odpovědi.

Respondenti mého dotazníku pocházeli z různých krajů České republiky. Proto mne zajímal pohled na to, zda existuje rozdíl v nahlížení na supervizi. Zda Praha, jakožto centrum vzdělanosti, je místem, kde je vnímána lépe než jinde. Odpověď mne zaujala – Paní magistra uvedla, že v Praze je více kladen důraz na politické zájmy nežli konkrétní práci zaměřenou na občany. Opakem této tohoto směřování jsou kraje. Toto konstatování směřované na vnímání a přístup k supervizi může mít ve svém důsledku dopad na celou sociální oblast a její směřování.

ZÁVĚR

Zvolené téma v sobě nese nepřehledné množství otázek a odpovědí. Mou snahou bylo rozkrýt vztah syndromu vyhoření a supervize, jakožto nástroje možné prevence, což se mi podařilo. I v případě, kdy sociální pracovníci supervizi v zařízení nemají, převládá k ní kladný vztah. Ten můžeme považovat za jeden z důležitých aspektů pro samotnou profesi a její vývoj. Myslím si, že i přes nevysoké procento respondentů, se mi šetření vydařilo. Samotná komunikace se zařízeními byla velmi pozitivní a přínosná pro mou další práci. Uvědomuji si časovou vytíženost sociálních pracovníků, proto si vážím, každého respondenta i všech, kteří mi přispěli nejen dotazníkem, ale i konzultací či radou během sběru dat.

Práce je prvotně zaměřená na téma syndromu vyhoření. V důsledku komplexního pohledu jsem kladla důraz na nástroj jeho prevence, tedy supervizi. Proto jsem si stanovila dvě hypotézy a mohu říci, že se obě potvrdily.

Z výzkumu vyplývá, že pravidelná supervize může snižovat vznik vyhoření. Jistě by stálo za to dále rozpracovat, v čem samotní sociální pracovníci vidí význam supervize, co od supervize očekávají. V rámci druhé hypotézy jsme dospěli k závěru, že věřící sociální pracovníci, bez ohledu na délku praxe, jsou lépe ochráněni před „vyhasnutím“. Zde bych ale ráda uvedla skutečnost, že ti, co se přihlásili k víře v Boha, nepřisuzovali této skutečnosti až takovou váhu. Ve většině případů se k otázce č. 12 (zda může víra v Boha lépe chránit před syndromem vyhoření) vyjadřovali odpovědi „ne“ a „nevím“. To je docela překvapivé stanovisko. Většina nevěřících se přikláněla k odpovědi „ano“. Zjistit proč tomu tak je, by mohlo být dalším námětem pro rozpracování či doplnění tohoto tématu.

Svůj výzkum jsem cíleně zaměřila na jeden konkrétní typ zařízení, denní stacionář. Zajímalo mne, jak dlouho je možné úspěšně setrvat v této profesi. Jako všude je zapotřebí neustále na sobě pracovat. Využívat preventivních opatření, jako například porad, supervizí, mimopracovních činností či dalšího vzdělávání. Podstatnou součástí je vnímat smysl této profese. Důležitým těžištěm je také rozvíjení a využívání stěžejních vlastností, které jsou podstatné pro tuto profesi. Jsou jimi trpělivost, empatie a klidnost.

Rozhovor s Mgr. Jeklovou nám napomohl zamyslet se nad výsledky z dotazníkového šetření. Její cenné zkušenosti a osobní pohledy dokázaly práci obohatit o další rozměr.

Věřím, že výzkum samotný poskytuje mnoho informací, které mohou napomoci nejen pochopit tento druh práce, a také napomoci k prevenci syndromu vyhoření.

LITERATURA

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010, 632 s. ISBN 987-80-247-1620-6.

FRANCOVÁ, H. a kolektiv. *Metodika na udržení získaných schopností pracovníků přímé obslužné péče a základní výchovné nepedagogické činnosti*. Praha: Macrom, 2008.

GÉRINGOVÁ, J. *Pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.

HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999, 165 s. ISBN 80-902081-8-5.

HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ M. *Praktická supervize*. Vyd. 1. Praha: Galen, 2008, 250 s. ISBN 978-80-7262-532-1.

HAUMEROVÁ, Pavla. *Pomáhání jako krizový moment syndromu vyhoření*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra sociální pedagogiky, 2009, 98 s., Vedoucí diplomové práce Mgr. Lenka Gulová, Ph.D.

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-86991-74-1.

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Interní supervize*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí 2007, 24 s. ISBN 80-86991-74-1.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., et al. *Demence a jiné poruchy paměti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Vyd. 2. Praha: SZÚ, 2003, 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický dům, 1995. ISBN 80-901647-0-6.

- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2006, 152 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 272 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 384 s. ISBN 80-7178-473-7.
- NOVÁKOVÁ, R. *Pečovatelsví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 119 s. ISBN 978-80-7387-085-0.
- PIDRMAN, V. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003, 208 s. ISBN 978-80-247-0185-1.
- STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- ŠPAČKOVÁ, A. *Umění dialogu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 200 s. ISBN 978-80-247-3810-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009, 210 s. ISBN 978-80-7399-877-6.

Internetové zdroje:

FISCHER, J., ŠIMERKA, P.: Nařízení vlády č.222/2010 Sb., *Katalog prací ve veřejných službách a správě*. [online] cit. 30.3.2013, dostupné na: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/8980/KatalogpraciUZ1102010.pdf>>.

DENNÍ STACIONÁŘ. Gerontologické centru v Praze 8. [online] cit. 18. 5. 2014, dostupné na: <http://www.gerontocentrum.cz/denni_stacionar>.

HAJDOVSKÁ-TLUSTÁ, K. *Demence – palčivý problém i výzva dnešní doby*. [online]. cit. 21. 3. 2013, dostupné na: <<http://www.haj-tl.wz.cz/htm/DEMENCE.htm>>.

KUPKA, M. *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření*. [online] cit. 20. 2. 2013, dostupné na: <<http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>>.

MOJŽÍŠOVÁ, A. *Problematika supervize pracovníků v sociálních službách*. [online] cit. 22. 3. 2013, dostupné na: <http://theses.cz/id/ce8u2a/downloadPraceContent_adipIdno_14519>.

MPSV. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. [online], publikováno 2006, dostupné na: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>>.

NECHANSKÁ, B. *Aktuální informace*. UZIS ČR, č.61/2011 [online] cit. 2. 3. 2013, dostupné na: <<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>>.

WIJA, P.: *Aktuální informace*. UZIS ČR, č.63/2012 [online] cit. 2. 3. 2013, dostupné na: <<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>>.

Časopisy a další tištěné zdroje:

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření*. Sociální péče, č. 6, 2009, s. 42-44, ISSN 1213-2330.

JONES, J. *Výroční zpráva domova pro seniory E. Purkyňové*. Praha: Kurf, 2011.

VOKÁČOVÁ, B. *Prevence syndromu vyhoření*. Vzdělávací agentura Edupol, Praha, 2011.

KODET, V. *Malá poselství*. Stolní kalendář, Kostelní Vydří, 2011.

KODET, V. *Malá poselství*. Stolní kalendář, Kostelní Vydří, 2010.

Prameny:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Úplné znění č. 879, ke dni 23. 1. 2012. ISBN 978-80-7208-900-0.

Vyhláška č. 505/2006 k zákonu o sociálních službách. In: Úplné znění č. 879, ke dni 23. 1. 2012. ISBN 978-80-7208-900-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro sociální pracovníky denních stacionářů

Příloha č. 2: Dotazník „Tedium Measure“

RESUMÉ

SYNDROM VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ V ZAŘÍZENÍCH PRO SENIORY

THE BURNOUT SYNDROME OF SOCIAL WORKERS IN INSTITUTIONS FOR ELDERLY

Autor: Štěpánka Šebková

Smyslem zvoleného tématu bylo zmapovat četnost syndromu vyhoření zaměstnanců v denních stacionářích ve zvolených krajích České republiky. Cílem bylo také zjistit vztah sociálních pracovníků k supervizi, jakožto nástroji prevence syndromu vyhoření. Na základě získaných údajů můžeme říci, že sociální pracovníci supervizi hodnotí převážně kladně. Uvědomují si, že supervize může ovlivnit vznik a rozvoj syndromu vyhoření. Veškeré informace z výzkumných metod nás přivádí k závěru, že v sociálních službách převládají sociální pracovníci bez náboženského vyznání, ale zároveň také že náboženské vyznání hraje určitou roli v rozvoji syndromu vyhoření. Samotní sociální pracovníci však víru v Boha většinou nepovažují za ochranu před vyhasnutím. Kromě supervize jsou ze stran sociálních pracovníků jako důležité složky vnímány preventivní opatření, jako například stanovení pravidelné pracovní doby, smysluplnost své práce, rodinné zázemí, záliby či porady. Díky rozhovoru s odborníkem z praxe Mgr. Martou Jeklovou, jsem měla možnost nahlédnout na danou problematiku z jiné strany. Dané otázky nám měly doplnit dotazníkové šetření a z něj vyplynulo, že supervize, která je pozitivně vnímána a prosazována daným zařízením, může být opravdovou pomocí pro pracovníky.

Summary

THE BURNOUT SYNDROME OF SOCIAL WORKERS IN INSTITUTIONS FOR ELDERLY

The purpose of the chosen topic was to map the frequency of burnout syndrome in day-care centers in selected regions of Czech Republic. The goal also was to determine the attitude of social workers to supervision as a means of burnout syndrome prevention. Based on data collected we can say that social workers feel mostly positive about supervision they realize that supervision may affect start and progress of burnout syndrome. All the information gathered from the research methods used lead us to the conclusion that most of workers in social services are not religious, but also that the religion plays a role in development of burnout syndrome. Social workers themselves usually do not consider faith in God to be a protection against burning out. Besides supervision it is preventive measures such as regular working hours, the meaningfulness of their work, family background, hobbies or meetings that social workers consider as important. Thanks to a conversation with expert Mgr. Marta Jeklová I had an opportunity to see the whole problem from different point of view. Questions asked were supposed to complete the questionnaire survey and the result was that supervision positively accepted and supported by the facilities might be a true help for the workers.

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který má mapovat četnost supervize v denních stacionářích, jakož to prevence syndromu vyhoření. Uvedené informace slouží pouze pro účel vypracování mé diplomové práce. Dotazník se skládá ze dvou částí.

Děkuji za Váš čas

I. ČÁST

muž x žena

věk:

dovršené vzdělání: ZŠ SS VOŠ VŠ

délka praxe v denním stacionáři:

věřící	x	nevěřící
1	0	0
0	0	1

1. V jakém kraji sídlí Vaše zařízení?

- Hl. města Prahy
- Jihočeský
- Jihomoravský
- Karlovarský
- Královéhradecký
- Liberecký
- Olomoucký
- Středočeský
- Ústecký
- Vysočina
- Západočeský
- Zlínský

2. Máte ve Vašem zařízení pravidelnou supervizi?

ano ne

3. Jak často máte supervizi?

1x týdně 1x za 14 dní 1x za měsíc jiné.....

4. Jaký máte vztah k supervizi? (označte)

kladný záporný ambivalentní

5. Jaký druh supervize preferujete Vy?

Individuální skupinová týmová

6. Jakou měrou může pravidelná supervize podle Vás zabránit syndromu vyhoření. (zaškrtněte, jako stupnice ve škole)

1 2 3 4 5

7. Domníváte se, že počet zaměstnanců ve Vašem denním stacionáři je dostatečný? (označte)

ano ne

8. Má Vaše zařízení denně naplněnou kapacitu?

ano ne

9. Vyberte 3 základní vlastnosti, které musí mít, podle Vás, profesionál pracující se seniory s demencí?

trpělivost	empatie	rigidita	cílevědomost	senzitivita
idealismus	klidnost	přátelskost	zásadovost	
	neangažovanost	obětavost	entuziasmus	

10. Co Vás na práci v denním stacionáři nejvíce zaskočilo?

11. Co je dle Vás nejnáročnější v péči o seniora ve Vašem zařízení?

hygienaaktivizace jejich špatná paměť dezorientace práce s rodinou
jiné _____

12. Domníváte se, že věřící člověk, ve smyslu víry v Boha, je lépe ochráněn před syndromem vyhoření?

ano určitě ano ne určitě ne nevím

13. Kompenzujete stres v zaměstnání i mimopracovními aktivitami?

ano ne

Pokud ano pak jakými? _____

14. Na co kladete největší důraz v rámci prevence syndromu vyhoření? (označte max. 3)

daná pracovní doba	smysluplná činnost	rodinné zázemí	supervize
hoby	pravidelná školení	porady	další vzdělávání
			jiné.....

II. ČÁST

Dle škály 1 – 7 ohodnoťte, do jaké míry jsou dané výroky pravdivé.

1 nikdy, 2 jednou nebo dvakrát, 3 zřídka, 4 někdy, 5 často, 6 většinou, 7 vždy

Do Vámi zvoleného políčka vypište křížek

Otázky A	1	2	3	4	5	6	7
1. Jste unavení?							
2. Pociťujete sklíčenost?							
3. Cítíte se fyzicky vyčerpaní?							
4. Cítíte se emocionálně vyčerpaní?							
5. Připadáte si „vyždímaní“?							
6. Cítíte se vnitřně vyprázdnění?							
7. Jste nešťastní?							
8. Jste přepracovaní?							
9. Cítíte se jako v pasti?							
10. Připadáte si bezcenní?							
11. Jste znechucení?							
12. Pociťujete obavy?							
13. Pociťujete vůči svému okolí zlost nebo zklamání?							
14. Připadáte si slabí a bezmocní?							
15. Pociťujete beznaděj?							
16. Máte pocit, že vás okolí odmítá?							
17. Máte strach?							
součet A:							

Otázky B:	1	2	3	4	5	6	7
Máte dnes hezký den?							
Jste šťastní?							
Máte optimistickou náladu?							
Jste plní energie a chuti do práce?							
Součet B:							